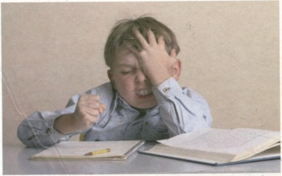
النشاط الزائد



الأستاذ الدكتور
عبد الفتاح على غزال
أستاذ الصحة النفسية
والعميد الأسبق لكلية رياض الاطفال
جامعة الاسكندرية

الدكتورة
ابتسام احمد محمد أحمد
قسم العلوم النفسية
كلية رياض الاطفال - جامعة الاسكندرية

دار الجامعة الجديدة

النشاط الزائد

النشــاط الزائــد

الأستاذ الدكتور
عـبد الفتاح علي غـزال
أستاذ الصحة النفسية
والعميد الأسبق لكلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية

الدكتورة
ابتسـام أحمد محمد أحمـد
مدرس بقسم العلوم النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية

٢٠١٤

دار الجامعة الجديدة
٣٨-٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - الإسكندرية
تليفون: ٤٨٦٣٦٢٩ فاكس: ٤٨٥١١٤٣ تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩
E-mail: darelgamaaelgadida@hotmail.com
www.darggalex.com info@darggalex.com

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَفَوْقَ كُلِّ ذِى عِلْمٍ عَلِيمٌ ﴾

صدق الله العظيم

سورة يوسف: الآية ٧٦

مقدمة

طفل النشاط الزائد ، مشكلة معقدة فـي الأسـرة والمدرسـة والمجتمع ، يتمتع بطاقة حركية تمنعه من التفكير المركز أو الانتباه ، ويتأثر أكثر من غيره بالمثيرات التى يراها من حوله.

ولما كانت هذه المشكلة تستولى على اهتمام عـدداً كبيـراً مـن الأسر والاخصائيين لذا كان من الواجب أن نقدم مؤلفاً فى هذا الـ ـدد ، وفى إطار جديد يشمل المتغيرات الحضارية التي جدت علي المجتمع .

فاليوم نحن أمام ثورة معلومات فدخل الانترنت عالمنا وجـذب اليه الكبار والصغار ، وفى نفس الوقت وضع فرصاً جديدة للبقاء امام الشاشة ، فلم يعد التليفزيون وحده يشد انظار الكبـار والـصغار بـل شاركه في هذا جهاز الكمبيوتر .

وفى كل هذا ازدادت معاناة الأطفال من الجلوس بلا حركة امام العاب الكمبيوتر والافلام الكرتونية علي القنوات الفضائية المتعـددة ، وكان طفل النشاط الزائد هو الضحية التي ضحينا بها في هذا الميدان.

وامام تفسير النشاط الزائد تعددت النظريات التي تحاول تفـسير هذا السلوك ، ولم نعرف هل هي طاقة زائـدة داخـل الطفـل يريـد التخلص منها ، أم محاولات للتعبير لا شعورياً عما هو بداخلـه الـي أخر هذه التعبيرات التى تتناولتها النظريات ثم ماهو العلاج المقترح ، هل الاطباء وما يقدمونه من عقاقير يحلون هذا الطفـل المـشكل ، أم علماء النفس ومحاولاتهم لتفريغ الطاقة الكامنة امام علمـاء الرياضـة البدنية ومحاولاتهم لتفريغ الحركة، وهل العلاقات الاجتماعية والتربوية التى يعيشها الطفل مسئولة عن هذا النشاط الزائد أم لا ؟ هذه الاسـئلة وغيرها نحاول ان نجيب عليها في هذا الكتاب .

حاولنا ايضا ان نجيب علي اسئلة اخري فمثلا النـشاط الزائـد مرض ام عرض؟ هل هو من الاعراض التي تتعلق بمرض معـين ام انه مرض في حد ذاته ؟ وهل البنات اكثر عرضـة مـن البنـين ام العكس؟ وفي اي مرحلة من مراحل العمر يظهر النشاط الزائد؟ وماهي علاقة الغدد خاصة الغدة الدرقية بهذا المرض؟ كل هذا يتضح في هذا الكتاب وفي تناولنا للموضوع .

ولا شك اننا نحتاج الي اكثر من كتاب في هذا الصدد وكل مـا قدمناه ما هو الا نقطة في بحر تحتاج منا الي المزيـد مـن البحـث والمثابرة .

ولعل اهم ما قدمناه في هذا المؤلف ايضا البرامج العلاجية التي تعالج النشاط الزائد فهي محاولة جادة للاباء للتخلص من هذه المشكلة.

وبالبحث عن احصائيات حوادث الاطفال وجد ان ٣٠ % مـن حالات الحوادث كالاصابة بكسور او الوقوع من امـاكن مرتفعـة او التسبب في ايذاء الآخرين كان النـشاط الزائـد سـبباً فـي الحـادث والموضوع يحتاج الي دراسة علمية متعمقة لشرح الحالة النفسية التي يعاني منها الطفل اثناء الحركة او الانفعـال والتـي تـسبب وقـوع الحوادث.

بعض اللآباء تركوا منازلهم للهروب من نشاط هؤلاء الاطفـال والبعض الاخر لم يجد سوي العقاب البدني المبرح الذي وصل الي حد الاجبار علي البقاء غرفة أو ربط الطفل في مكان في المنزل او اجباره علي النوم الي غير ذلك من ادوات القمع والارهاب ونأمل ان يكـون هذا الكتاب محاولة لبدء دراسة شاملة عن النشاط الزائد

والله الموفق،،،،،،

المؤلفان

الفصل الأول

النشـــاط الزائـــد

أولا: مفهوم النشاط الزائد.

ثانيا: انتشار النشاط الزائد بين الأطفال.

ثالثا: أسباب النشاط الزائد.

رابعا: أعراض النشاط الزائد.

الفصل الأول
النشـــاط الزائـــد

أولا: مفهوم النشاط الزائد:

يُعد النشاط الزائد عند الأطفال من الظواهر السلوكية المعروفــة منذ عشرات السنين، حيث عانى من هذا النشاط كثير من أولياء الأمور والمعلمين، نظراً لما يسببونه من مشكلات سلوكية وأكاديمية. (منـال جابر، ٢٠٠٢)

حيث يعرض هؤلاء الأطفال نشاطاً وحركة زائدين بشكل قهري، فيزعجون من حولهم مما يؤدي إلى نبذ الآخـرين لهـم، فيتعرضـون لمشكلات اجتماعية ونفسية، فضلاً عن عدم قدرتهم علـى الانتبـاه أو التركيز في أي عمل إيجابي مما يعوق اكتسابهم للمقررات الدراسـية. (علا عبد الباقي، ١٩٩٥)

ويذكر جيرالد دافيسون وآخرون Gerald Davison et al.(1994) أن مصطلح النشاط الزائد Hyperactivity معروف لـدى غالبيـة النـاس وخاصة الوالدين والمدرسين. وكان في الماضي يشخص بتشتت الانتباه والاندفاعية نتيجة اختلال طفيف في المخ الذي يسبب مشكلات سلوكية واضطراب في فرط الحركة. وكلمة Hyperkinesis كلمة ألمانية مشتقة من Hyper وتعني Over أي ارتفاع وكلمة Kinesis وتعني Motion أي الحركة "النشاط".

ويذكر آلان روس Allan Ross (1980) أن مصطلح النشاط الزائد يشير إلى الإفراط في النشاط Excessively Active، كما يقصد بـالإفراط في النشاط أن مستوى النشاط تجاوز الحد الطبيعي. ولكن إلى أي حـد يكون مستوى النشاط مفرطاً فيه ويدعى الأطفال بذوي النشاط الزائـد؟

وللإجابة على هذا التساؤل يجب أن يشمل طبيعة الموقف الذي يحدث الإفراط في النشاط. فإذا جرى الطفل مسافة باردة واحدة في الفناء فإن القليلين هم الذين يشتكون، ولكن إذا تحرك هذا الطفل في الفصل أو داخل المنزل تبدأ الشكوى والانزعاج منه، وتكون الشكوى على حسب طبيعة البيئة نفسها، فقد تكون مشجعة لفرط النشاط لدى الأطفال.

ويرى Whalen & Hanker (1976) أن قضية الكيف هنا أي نوع السلوك أكثر أهمية من كمه أي تكراره، حيث يفيض هؤلاء الأطفال بهذه الأنماط السلوكية حتى في المواقف التي لا تنطوي على أية متطلبات أو أنشطة حركية لأدائها. (فتحي الزيات، ١٩٩٨)

ويعرف النشاط الزائد بأنه: اضطراب غير مناسب للمرحلة العمرية في مدى الانتباه وضبط الاندفاعية والتململ وعدم الاستقرار الحركي وعدم اتباع قواعد الحكم، ويبدأ من مرحلة الطفولة (قبل عمر السادسة)، ولا يرجع إلى اضطراب عصبي أو اضطراب انفعالي (Anthoney Risser (1995)، ويشير فتحي الزيات (١٩٩٨) إلى أن النشاط الزائد أو الإفراط في النشاط يقصد به قيام الطفل بنشاط حركي مفرط لا غرض له أو بلا هدف في الغالب، وهذا النشاط يكون مصحوباً بقصر سعة الانتباه Short Attention لدى الطفل وسهولة تشتته Easily Distracted، ويتصف سلوك الطفل بأنه أحمق Clusmy أو سريع الغضب أو الانفعال Irritable والتململ أو الاستياء.

هذا وقد أطلق على هذا المفهوم أسماء كثيرة منها: تلف الدماغ الطفيف Minimal Brain Damage، والاختلال الطفيف لوظيفة الدماغ Minimal Brain Dysfunction، واضطراب فرط الحركة Hyperkinetic Disorder واضطراب فرط النشاط Hyperactivity، وهذه التسميات تصف الإصابة العضوية بالدماغ التي قد تكون سبباً، أو تصف الاختلال

الفسيولوجي، أو تصف جزءاً من الصورة الإكلينيكية. (محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨)

ويشير شارليز، وهوارد Charles & Howard (1991) إلى أن النشاط الزائد هو "حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول، ويستطيع الوالدان اللذان يتصفان بدرجة معقولة من الموضوعية معرفة ما إذا كانت درجة النشاط الإرادي وغير الإرادي لدى طفلهم مختلفة عن رفاقه من جنسه.

بينما عرفه زكريا الشربيني (١٩٩٤) بأنه اضطراب يتصف بضعف القدرة على التركيز، وانجذاب الطفل لأي مثير خارجي بعيداً عن المثير السابق في فترة وجيزة، وسرعة الانتقال من الغضب إلى الضحك، والانجذاب للمواقف المختلفة دون تفكير.

في حين أكدت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية بأنه "عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت والصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بنشاط، مما يؤدي لعدم اكتمال النشاط بنجاح". (DSMIV, 1994)

أما هار وآخرون (Har L. et al 1995) فقد أوضح بأنه مقدار ما يظهر لدى الطفل من تدافعية في السلوك والاستجابة، وكذلك نقص مقدار الانتباه عند أدائه للمواقف المختلفة.

وقد أشار فتحي الزيات (١٩٩٨) إلى أن النشاط الزائد يتمثل في قيام الطفل بنشاط حركي مفرط دون هدف في الغالب، كما يكون مصحوباً بقصر سعة الانتباه لدى الطفل وسهولة تشتته Easily Distraded، ولهذا يتسم سلوك الطفل بسرعة الغضب أو الانفعال.

بينما أكد سعيد يونس حسن (١٩٩٩) بأنه يتضمن ثلاثة أعراض أساسية: الاندفاعية، وضعف الانتباه، والحركة المفرطة التي تصاحبها أعراض ثانوية منها ضعف العلاقة بالآخرين وضعف القدرة على تحمل الإحباط، والميل إلى السلوك الفوضوي والعدواني وعدم الاتزان الانفعالي والعاطفي.

وقد عرفه كلاسين وآخرون (Klassan et al 1999) بأنه يتضمن مستويات النمو غير المناسبة، والتي تظهر في عدم الانتباه، والاندفاعية، والحركة الزائدة، كما يرتبط بضعف الأداء الأكاديمي، والعلاقات غير المرضية مع الأصدقاء وأفراد الأسرة والمعلمين، وانخفاض تقدير الذات.

كما وصفه عبد الله صالح عبد العزيز (٢٠٠٢) بأنه "صعوبة الاحتفاظ بالانتباه أو بقائه لمدة قصيرة مع حركة دائبة غير هادفة، حيث ينتقل الطفل من موضوع أو مكان إلى آخر مع سرعة الاستجابة وضعف قدرته على تأجيلها أو التحكم فيها".

ويشير ضياء منير الطالب (١٩٨٧)، إلى أن النشاط الزائد هو اضطراب سلوكي يتميز بثلاثة أعراض أساسية هي الاندفاعية، وعدم الانتباه والحركة المفرطة غير الهادفة وغير المقبولة اجتماعياً تصاحبه مجموعة من الأعراض الثانوية ومنها ضعف التحصيل الدراسي، وضعف العلاقة بالآخرين، وعدم الطاعة والعدوان، وإحداث الفوضى، وضعف القدرة على تحمل الإحباط، وعدم الاتزان الانفعالي، وضعف في تقدير الذات.

كما عرفت بيتي فاهيد وآخرون (٢٠٠٢) من خلال وصف المدرسين أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتصفون بعدم القدرة على الانتباه

بالإضافة إلى اضطراب متمثل في الميل إلى النشاط المفرط، ووصفهم بأنهم كسالى ويسعون إلى جذب الانتباه.

ويشير عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧) بأن النشاط الزائد هو السلوك الذي يتسم بالحركة غير العادية والنشاط المفرط، وأنه قد يعوق تعلم الطفل المصاب، وبالتالي يسبب مشكلات في إدارة السلوك.

ويرى ريموند (Raymond 1999) أن النشاط الزائد حالة تتميز باستجابات قوية زائدة أو قلق حركي.

ويرى بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) أن اضطراب النشاط الزائد يرتبط بإصابات الدماغ ومن خصائصه فرط النشاط الحركي، الاندفاعية، والتشتيت والعدوانية، ومصحوباً بمدى قصير للانتباه.

وتضيف هناء يحيى (٢٠٠٣)، وفيولا البيلاوي (١٩٩٠) أن الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أنه يفشل في توجيه اليقظة لديه تجاه مثير معين لفترة مناسبة مع الاندفاعية وفرط الحركة بدرجة تجعله موضع شكوى من المدرس والوالدين، ويصاحب هذا الاضطراب العناد والسلبية وحب السيطرة وتقلب المزاج، والإحباط السريع، وعدم النظام، ونقص الإنجاز الدراسي، كما قد يصاحب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة علامات اضطراب عصبي مثل عدم توافق حركة العين مع حركة اليدين، وأحياناً نقص الذكاء لدى الطفل.

وقامت فيولا البيلاوي (١٩٨٨) بحصر عدد من مظاهر النشاط الزائد، وهي كثرة الحركة، وعدم الاستقرار، وضعف الانتباه، والاستثارة، والتهيج، وإحداث ضجيج.

ويرى كل من إلهامي عبد العزيز، ومحمود عبد الرحمن، وإيمان صبري (٢٠٠١) أن اضطراب النشاط الزائد يظهر من خلال نقص

الانتباه والاندفاعية وفرط الحركة، وتظهر هذه المظاهر في المواقف الاجتماعية والمدرسة أو في البيت ولكن بدرجات متفاوتة.

ولقد أطلقت الجمعية النفسية عليه رسمياً اسم (اضطراب نقص الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي أو ADHD) عام (١٩٩٤)- وعلى الرغم من ذلك فإن بعض الناس، وحتى من المتخصصين مازالوا يطلقون عليه اضطراب نقص الانتباه Attention Deficit Disorder (ADD)، وهو الاسم الذي تم إطلاقه على هذا الخلل عام (١٩٨٠) في المؤتمر التشخيصي الثالث (DSM-III).

ويعتبر التعريف الشامل هو الذي قدمته لنا منظمة الصحة العالمية Who عام ١٩٩٠، حيث عرفته على أنه: مزيج من النشاط الزائد والسلوك غير المتكيف، مع تشتت الانتباه والعوز إلى التدخل بإصرار في المواضيع والسيطرة على المواقف، والإصرار الدائم على هذه السمات السلوكية.

ووفقاً للمؤتمر التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) فإن الشخص ذو النشاط الزائد يتميز بالنمو غير المناسب لسنه (نقص النمو)، ونقص الانتباه فيما بين الموضوعات، وسمات لا تتناسب مع عمره من النشاط الزائد والاندفاع أو كلاهما، ووفقاً لذلك فإنه يضع ثلاث أنماط فرعية من النشاط الزائد:

- تشتت الانتباه.
- النشاط الزائد المصحوب بالاندفاع.
- نوع مركب يضم النوعين السابقين معاً.

وكما ذكرنا فإن اضطراب تشتت الانتباه/ النشاط الزائد يعتبر من أكثر الاضطرابات السلوكية انتشاراً بين الأطفال، حيث تبلغ نسبة

انتشاره من (٥-٧%) أي أن (١-٢) طفل في كل فصل يعانون منـه، وهو ينتشر أكثر بين الذكور عن الإناث بنسبة (٣ : ١).

مما سبق نقول أن اضطراب نقص الانتباه/ زيادة النشاط هـو "خلل ارتقائي (نمائي) يبدأ ظهوره في مرحلة الطفولة المبكـرة، وقـد يستمر لما بعد المراهقة، ومن أهم مظاهره زيادة النشاط الحركـي، تشتت الانتباه والاندفاعية".

ومن خلال النتائج التي توصلت إليها هـذه المجموعـة مـن الدراسات وغيرها من الدراسات التي أجريت في هذا المجال، يمكـن تحديد السلوكيات التي يمارسها الأطفال ذوي النشاط الزائـد، سـواء كانوا من العاديين أم كانوا من غير العاديين، كما يلي:

- عدم القدرة على الجلوس في مكان واحد.
- عدم القدرة على الهدوء.
- كثرة الشغب.
- مشاكسة الزملاء.
- إزعاج الأخوة والوالدين.
- مخالفة النظام.
- العناد وعدم الطاعة.
- عدم الاستقرار.
- الحركات العشوائية الكثيرة وغير الموجهة.
- ضعف القدرة على التركيز.
- ضعف القدرة على الانتباه.
- ضعف القدرة على الثبات (كثرة التململ).
- أصوات وحركات فجائية بلا مبرر.

- عدم القدرة على إكمال أي عمل.
- عدم القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
- التسرع وعدم القدرة على ضبط النفس.
- سرعة البكاء والصراخ لأتفه الأسباب.
- سرعة الانفعال وسرعة تغيره.
- نوبات الغضب الحادة.

وفي ضوء ما سبق يتضح:

أن النشاط الزائد أصبح جزءاً من معجمنا اليومي فهو تصنيف لطفل يكون مندفعاً دائماً فيتصرف قبل التفكير كما يكون مزعجاً باستمرار لأقرانه ومدرسيه ولديه صعوبة في التركيز في المهمة لفترة من الوقت، وينتقل بسرعة من نشاط إلى آخر، ويترك العمل بدون إكماله، ويكون مستوى النشاط لديه مرتفعاً كريستوفر Christopher Peterson 1996)، كما يمثل النشاط الزائد أحد المشكلات غير المحببة لكل من يحيط بالطفل من آباء ومعلمين وأقران ومعظم الآباء والمدرسين يشتكون ويتذمرون من الأطفال ذوي النشاط الزائد في كل من المدرسة والمنزل، وتظهر صعوبات الانتباه في عدم القدرة على البقاء في المهام النوعية ولديهم صعوبة في التنظيم صعوبة في التنظيم وإكمال العمل، وغالباً ما يعطون انطباعاً بأنهم لا ينصتون أو لا يستمعون عندما تخبرهم عن شيء ويبدون غير قادرين على أن يظلوا جالسين، وغالباً ما يكونوا منبوذين من الآخرين، وكذلك مزعجين ومتطفلين، وفي المنزل يوصفون بالقصور في اتباع متطلبات الوالدين وتعليماتهم إلى جانب عدم القدرة على الاستمرار في الأنشطة أو اللعب الملائم لعمرهم الزمني لفترة من الوقت. (ديفيد ومارتن، David &Martin, 1995)

ثانيا: انتشار النشاط الزائد بين الأطفال:

يُعد النشاط الزائد من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً بين الأطفال، فقد توصلت نتائج الدراسات إلى أن نسبة هذه المشكلة ما بين المشكلات السلوكية الأخرى التي يحول الأطفال بموجبها إلى العيادات النفسية تتراوح بين (٤٠-٥٠%) (Stewart, Pitts, Craig, & Dieruf, 1996)، (Sandberg, Wieslber & Shaffer, 1980).

وقد اهتم كثير من الباحثين بدراسة هذه المشكلة للتعرف على حجمها ومدى انتشارها بين الأطفال، وفي أي المراحل تكثر وما إذا كان الذكور أكثر معاناة من النشاط الزائد أم الإناث، وهل أطفال المدينة أكثر عرضة لهذه المشكلة أم أطفال الريف؟ وما إذا كانت هذه المشكلة أكثر انتشاراً بين العاديين أم أنها أكثر بين المعوقين.

فيشير لامبرت Lambert (1987) في علا عبد الباقي (١٩٩٥) إلى أن مشكلة النشاط الزائد تنتشر بين أطفال الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية بدرجة ملحوظة.

بينما يرى فرانكس وآخرون Franks et al (1982) في حسن الهجان (١٩٩٢) أن نسبة انتشار النشاط الزائد تختلف من مكان إلى آخر فهي في الولايات المتحدة الأمريكية تتراوح ما بين (١٠-٢٠%). (حسن الهجان، ١٩٩٢)

بينما يشير عبد الله صالح عبد العزيز (٢٠٠٢) إلى تباين التقديرات المئوية لنسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بين الأطفال، حيث يقدر في بعض الدراسات نسبة (٣-٥%).

ويتفق مع هذا الرأي بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) حيث يرون أن معدلات انتشار اضطراب النشاط الزائد تقدر بنسبة تتراوح

ما بين (٣-٥%) عند الأطفال في سنوات المدرسة، أما البيانات الخاصة بمعدلات انتشار هذا الاضطراب في مرحلتي المراهقة والرشد فهي محدودة.

ويرى إلهامي عبد العزيز وآخرون (٢٠٠١) أنه باستخدام الأدوات الإكلينيكية كانت نسبة انتشار النشاط الزائد حوالي (٣,٤%)، ويزيد بين الذكور عن الإناث بنسبة (٧ : ١)، بينما في العينات التي أخذت من المجتمع وكانت نسبة الذكور إلى الإناث (٣ : ١)، كما لوحظ أن انتشاره بين أقارب الدرجة الأولى أكثر منه بين عامة الناس.

ويتفق مع هذا الرأي كل من عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) وفيولا الببلاوي (١٩٩٠) أن هذه المشكلات تنتشر بين الذكور أكثر من الإناث، وأنها تكثر بين الأطفال المعوقين سمعياً.

ويرى طارق النجار (٢٠٠٥) أن نسبة انتشار النشاط الزائد في المجتمع المصري بقدر بنسبة (٦,٢%) من خلال استبيان تم إجراؤه على طلاب المدارس الابتدائية.

وهكذا تبدو مشكلة النشاط الزائد من المشكلات البارزة في سلوك الأطفال العاديين والمعوقين أيضاً، وأن عدد الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة ليس بالقليل، ومنها تتضح أهمية دراسة هذه المشكلة وضرورة علاجها. أما عن النشاط الزائد ومدى انتشاره بين الأطفال في مصر، وهل يختلف حجم المشكلة من الريف إلى المدينة؟ ومدى شيوعها بين العاديين والمعوقين، ومدى انتشارها بين الذكور والإناث.

وقد أجريت الدراسة على عينة من الأطفال بلغ قوامها ٣١٥٠ (ثلاثة آلاف ومائة وخمسون) طفلاً وطفلة في صفوف المرحلة الابتدائية من الريف والحضر، وتضمنت هذه العينة أطفالاً عاديون

وأطفالاً معوقون إعاقة عقلية بسيطة، وآخرون لديهم إعاقة بصرية، وأطفالاً لديهم إعاقة سمعية.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها:

- أن نسبة الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد تبلغ ٥,٧% من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية.
- أن النشاط الزائد ينتشر بين أطفال المدينة أكثر من انتشاره بين أطفال الريف، وأنه يشيع بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث، وأنه يكثر بين المعوقين عنه بين العاديين.

وأجرى مجموعة من الباحثين أمثال إبستين وزملاؤه Epstiein, et al (1986) دراسة على عينة من الذكور والإناث بلغ قوامها ١٩١٣ (ألف وتسعمائة وثلاثة عشر طفلاً وطفلة)، تراوحت أعمارهم من (٦-١٨) سنة، بينهم عاديون ومعوقون عقلياً، وكشفت الدراسة عن عدة نتائج منها:

- أن النشاط الزائد ينتشر بين الأطفال أكثر من المراهقين، وأنه ينتشر بين الذكور أكثر من انتشاره بين الإناث، وأن المظاهر السلوكية للنشاط الزائد عند العاديين هي نفسها التي يمارسها المعوقون عقلياً من فئة الإعاقة البسيطة، وهي الفئة التي يطلق عليها "القابلون للتعلم".

وفي دراسة أجراها بوب وزملاؤه Pope, et al (1991) على مجموعات من الأطفال في أعمار مختلفة منهم ذكوراً وإناث، توصلت النتائج إلى أن النشاط الزائد من أبرز المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال في المرحلة الابتدائية، وأن الذكور هم الأكثر معاناة من هذه المشكلة إذا ما قورنوا بالإناث.

وأجرى فريق بحث تابع لوكالة التربية بولاية تكساس الأمريكية (Texas Education Agency (1992) دراسة على الأطفال في جميع صفوف المرحلة الابتدائية من الذكور والإناث.

وقد جاء في تقرير هذه الدراسة عدة نتائج منها:

- أن مشكلة النشاط الزائد من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً بين الأطفال، وأن نسبة الأطفال الذين يعانون منها تبلغ ٥% من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية، وأنها تنتشر بين الذكور أكثر من الإناث.

وتوصل عدد من الباحثين إلى أن نسبة انتشار النشاط الزائد بين الذكور إلى الإناث تصل إلى (٥ : ١) لصالح الذكور Werry & Quay, (1971)، Bakwin & Bakwin, (1972)، ليهي وسيمنزو Lahey & Ciminero, (1980)، August & Stewart, (1984).

ونستخلص مما توصلت إليه هذه الطائفة من الدراسات وغيرها مما أجري في هذا الصدد، عدداً من الحقائق حول مشكلة النشاط الزائد ومدى انتشاره، كما يلي:

- أن النشاط الزائد من أهم المشكلات السلوكية التي تنتشر بين الأطفال.
- أن عدد الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد أعلى من عدد الأطفال الذين يعانون من أي مشكلة سلوكية أخرى.
- أن النشاط الزائد ينتشر بين أطفال المرحلة الابتدائية، وأن أطفال الصفوف الأولى من هذه المرحلة هم الأكثر معاناة من هذه المشكلة بالنسبة لأطفال الصفوف الأخيرة.
- أن الذكور هم الأكثر تعرضاً لهذه المشكلة بالنسبة للإناث.

- وأن النشاط الزائد ينتشر بين الأطفال العاديين وغير العاديين.

وقد تساعد الظروف البيئية غير المواتية التي تحيط بالأطفال المعوقين على زيادة انتشار هذه المشكلة بينهم أكثر غيرهم من العاديين. فالمشكلة ليست مرتبطة بالإعاقة، ولكنها مرتبطة بالظروف الاجتماعية والبيئة المحيطة.

ثالثاً: أسباب النشاط الزائد:

اختلف العلماء في أسباب النشاط الزائد، فالأسباب المحتملة للنشاط الزائد ليست معروفة تماماً على وجه التحديد، ويوجد العديد من الآراء عن العديد من التفسيرات المحتملة (Sandra, 1997)، فيرى البعض أن من المحتمل وجود تلف حقيقي بالمخ، بينما يرى البعض الآخر وجود خلل في نضج الأعصاب المخية، ويرى فريق ثالث أنه نتيجة للتفاعل بين عوامل البيئة، وعوامل وراثية أو عوامل ولادية. (Alan Ross, 1980)

كما تشير الدراسات والبحوث إلى تعدد هذه الأسباب والعوامل وتمايزها بحيث يصعب أن تندرج تحت تصنيف أحادي، وعلى هذا فإن الأسباب والعوامل التي تدعمها نتائج هذه الدراسات والبحوث يمكن تناولها كالتالي.

ومن خلال الدراسات والبحوث السابقة المتاحة، تبين أن النشاط الزائد يرجع إلى عدة عوامل: وراثية، وبيولوجية، ونفسية اجتماعية، وبيئية، وذلك على النحو التالي:

أ- الأسباب الوراثية أو الاستعداد الجيني GeneticPredisposition:

للوراثة دور جوهري في نشأة هذه الاضطرابات، حيث تؤثر العوامل الوراثية بنسبة (٥٠%) في معاناة أطفال العائلة بهذا الاضطراب. (أحمد عكاشة، ١٩٩٢)

كما أن حوالي (١٠%) من آباء الأطفال مفرطي الحركة كانوا هم أيضاً كذلك يعانون من النشاط الزائد في طفولتهم.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود جين وراثي، كما أن معدل انتشاره بين أبناء تلك الأسر يزيد لدى التوائم عنه لدى غير التوائم، ويزيد أكثر بين التوائم المتشابهة. (محمود حمودة، ١٩٩٨)، (Willcutt et al, 2000)

وتلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب، وغالباً ما يكون لآباء الأطفال ذوي النشاط الزائد نفس السمات تقريباً، ويشير Biederman (1992) ، إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن يكون لدى الآباء الذين يعانون من هذا الاضطراب (النشاط الزائد) أبناء يعانون من ذات الاضطراب كما أنه يزداد لدى التوائم المتماثلة عن التوائم غير المتماثلة. (Terence, et al., 1996)

كما يذكر محمود حمودة (١٩٩١) أن حوالي ١٠% من آباء الأطفال مفرطي الحركة كانوا هم أيضاً مفرطي الحركة في طفولتهم ولذلك اعتقد البعض أن هناك انتقال جيني وراثي للفرط الحركي وأكده وجود العديد من حالات الاضطراب في نفس الأسرة وأنه بين الأخوة الأشقاء أكثر من غير الأشقاء، ويشير Stevenson & Goodman 1989 إلى أن النشاط الزائد يوجد بنسبة ٥١% لدى التوائم المتماثلة وبنسبة ٣٣% بين التوائم غير المتماثلة. Kaplan & Sadock, (1994)

هذا وقد برهن العديد من الباحثين على وجود علاقة ما بين النشاط الزائد والعوامل الوراثية المتعددة الأصول، إذ يؤكد Barkley (1985) قائلاً: أن أهم العوامل المسببة للنشاط الزائد هي العوامل الوراثية، ثم التعقيدات التي تصاحب العمل والوضع. (Barkely, 1985)

كما أن الوراثة من الأسباب المعروفة والأساسية ومن المعتقد أن الجينات الموروثة تعمل على القابلية والاستعداد لهذا النوع من الاضطراب. والطفل ذو النشاط الزائد غالباً آباؤه أو أجداده أو آخرون في الأسرة متشابهون من خلال دراسة الحالة والسلوكيات أثناء مرحلة الطفولة Sandra (1997). ويشير Rappaport et. al (1998) من خلال نظرة شاملة للدليل البيولوجي كسبب للنشاط الزائد إلى وجود نوع من الارتباط الضعيف بين البيانات البيولوجية والنشاط الزائد ولا يوجد دليل واحد على أن الأسباب البيولوجية هي السبب.

كما وضع كانستويل Cantwell (1976) نموذجاً يعرف بالنموذج الوراثي المتعدد الذي يشتمل على الناقلات الوراثية، ويرى Morrison & Steward (1971) أنه لا توجد دراسة واحدة تؤيد هذا النموذج وأن البحث في السبب الوراثي لاضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد تكون نتائجه مضللة كما حاول دراسة خصائص الكروموسومات للأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد إلا أنه فشل في الحصول على أي دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى. (سعيد دبيس والسيد السمادوني، ١٩٩٨)

ويؤكد هذا الرأي عبد الله صالح عبد العزيز (٢٠٠٢): أن الاتجاه السائد الآن لمعرفة أسباب النشاط الزائد يميل بشكل كبير إلى العوامل والأسباب الوراثية حيث انتشار نسبة ظهوره بين الأقارب من الدرجة الأولى بنسبة عالية وذلك من خلال دراسات التوأم والأخوة.

وقد أوضح Davison et al. (1997) أن هناك صفات وراثية ينشأ عنها اضطراب النشاط الزائد، مثل صغر حجم الفص الأمامي للمخ، وعدم كفاءة التمثيل العقلي، وخلل في الوظائف المخية. وعلى الرغم من كل هذان فقد Morrison & Steward أنه لا توجد دراسة واحدة تؤيد هذا النموذج، وأن البحث في السبب الوراثي لاضطراب النشاط الزائد تكون نتائجه غير حقيقية، كما حاول دراسة خصائص الكروموسومات للأطفال ذوي النشاط الزائد إلا أنه فشل في الحصول على أي دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى. (سعيد دبيس والسيد السمادوني، ١٩٩٨)

ويؤكد هذا الرأي عبد الله صالح عبد العزيز (٢٠٠٢): أن الاتجاه السائد الآن لمعرفة أسباب النشاط الزائد يميل بشكل كبير إلى العوامل والأسباب الوراثية حيث انتشار نسبة ظهوره بين الأقارب من الدرجة الأولى بنسبة عالية وذلك من خلال دراسات التوأم والأخوة.

وبرغم كل ماسبق فقد أشار بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠): أن انتقال الخصائص الوراثية للنشاط الزائد من خلال الأسرة للأبناء يظهر بصورة واضحة ، كما تظهر المعدلات العالية لانتشار زملة هذا الاضطراب (النشاط الزائد) بين الأقارب من الدرجتين الأولى والثانية، وبين التوائم المتحدة (الذين يشتركون في بويضة واحدة). ومع ذلك لا تمثل هذه النتائج المستمدة من البحوث دليلاً قاطعاً على وجود حتمية وراثية لهذا الاضطراب.

وأضاف أيضاً Morrison & Steward أنه لا توجد دراسة واحدة تؤيد هذا النموذج، وأن البحث في السبب الوراثي لاضطراب النشاط الزائد تكون نتائجه غير حقيقية، كما حاول دراسة خصائص الكروموسومات للأطفال ذوي النشاط الزائد إلا أنه فشل في الحصول

على أي دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى. (سعيد دبيس والسيد السمادوني، ١٩٩٨)

ومما سبق يمكن استخلاص أهم العوامل الوراثية التي قد تتسبب في ظهور النشاط الزائد لدى الأطفال وهي:

انتقال الجينات الوراثية للنشاط الزائد في نفس الأسرة والأقارب من الدرجة الأولى، ويزيد في حالة التوائم المتشابهة عن غير المتشابهة، والخلل في الوظائف المخية.

ب- الأسباب الاجتماعية:

من أهم الأسباب المتعلقة بالطفل ذو النشاط الزائد هي الأسباب الاجتماعية فتذكر (Rita Rudel 1988) أن النظام التعليمي في الفصل يعتبر من أسباب هذا الاضطراب فالفصل الذي به ٣٥ طفلاً أو ٤٠ يمثل وسطاً مناسباً كي نجد فيه بوضوح مثل هؤلاء الأطفال بعكس ما لو كان الطفل يتعلم وجهاً لوجه من خلال معلم خصوصي.

كما أن نمط التوقعات الوالدية والتوقعات الاجتماعية ونمط التربية وتساهل البيئة تعد هي الأخرى من أهم هذه الأسباب.

وترجع مشكلة الطفل ذي النشاط الزائد للمجتمع الذي يفرض ضبط النشاط والجلوس لفترة طويلة والاحتفاظ بالمقعد والعمل لفترة مستمرة من الوقت ، وليس هذا مدهشاً عندما نجد أن عدد الأطفال ذوي النشاط الزائد يزداد عند دخولهم المرحلة الابتدائية ،كما يشير على أن نسبة انتشار الاضطراب تزيد لدى الأطفال الذكور في مرحلة ما قبل المدرسة Kindergarten يليهم أطفال المدرسة الابتدائية وذلك اعتماداً على تقارير المدرسين(Alan Ross, 1980)، ما يدعم ذلك ما يذهب إليه (Fine 1980) من ازدياد نسبة الأطفال ذوي النشاط الزائد بعد دخولهم

المدرسة حيث تفرض القيود عليهم فلابد أن يجلسوا في مقاعدهم دون حركة. ولابد أن يطيعوا الأوامر دون جدال فضلاً عن أنه يجب أن ينصب اهتمامهم ويتركز انتباههم على المعلم فقط. وذلك لأن المجتمع يعطى قيمة كبيرة للأطفال القادرين على التركيز، وإنجاز ما يوكل إليهم من مهام ويحفظون دروسهم بصورة جيدة كى يحصلوا على أعلى الدرجات كما أن الآباء غالباً ما يفضلون الأطفال الذين يتسمون بالهدوء والطاعة والتفوق الدراسي. (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٥)

ويذكر Gerald Davison (1994) أن المشكلة تظهر عندما يصل الطفل إلى المرحلة التي يطلب منه الجلوس على مقعده فترة من الوقت لإنهاء بعض المهام بمفرده وكذلك اللعب مع الأقران في الساحة.

وكما أن بيئة الروضة وعدم تجاوب المعلمة غير المعدة الإعداد التربوي المناسب قد يكون أحد الأسباب المؤدية على النشاط الزائد لدى الطفل كما أن بيئة الروضة قد تعوق توافق الطفل زائد النشاط وخاصة في حالة عدم تجاوب المعلمة معه، وعدم قدرتها على تقديم المساعدة له، وهذا ما تؤيده دراسة (Shary et. al 1985) حيث أن السلوك المنحرف للطفل زائد النشاط هو النتيجة المباشرة لفقر معاملة الطفل التي يستخدمها الآباء والمعلمون.

وقد تنشأ هذه الأبعاد بسبب الاكتظاظ في الصف وزيادة الحركة والنشاط فيه لدرجة تحول دون الطفل ودون القدرة على متابعة العمل والاستمرار فيه ، وقد يكون المكان الذي يجلس فيه الطفل مساعداً على انصراف الذهن وتشتت الانتباه ، أو نتيجة عدم سيطرة المعلم على ما يجرى داخل الفصل مما يضعف سير النظام فيه ويزيد من الفوضى والاضطراب الذي يصرف الانتباه للطلبة رغماً عنهم. كما أن كثرة خروج الأطفال ودخولهم للغرفة والتجوال بين المقاعد محدثين صخباً

وضجيجاً يضعف تركيزهم وإنتباههم ويقلل إصغاءهم للمعلم والإنتباه إليه. (محمد عبد الرحيم عدس، ١٩٩٨)

كذلك فإن المشاكل الأسرية قد تقود الأطفال إلى النشاط الزائد، ويشير (Morrison 1980) إلى أن العديد من آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد كان لديهم اضطرابات شخصية (Rappaport et al., 1998)، ويشير (Barkley et al., 1990)، إلى تأثير الاضطرابات الأسرية مثل تكرار التغيرات في السكن أو الإقامة أو انفصال الوالدين (David & Martin, 1995)، كما يرى أشرف عبد القادر (١٩٩٣) أن بعض الآباء والأمهات يسلكون مع أبنائهم ذوي النشاط الزائد أنماطاً مختلفة من السلوك تدفعهم إلى أن يشعروا أنهم غير مرغوب فيهم، وكلما تكرر هذا السلوك خاصة في المراحل الأولى من حياة الطفل أثر ذلك تأثيراً بالغاً في تكوينه النفسي، وانعكس في سلوكه الذي يتسم بالعدوان والثورة والمقاومة والعناد وأصبح مصدر تعب في المنزل والمدرسة ويصبح من غير اليسير إخضاعه للسلطة.

ويشير (Kaplan & Sadock 1994) إلى تأثير العوامل النفس اجتماعية، وذلك نتيجة طول فترة الحرمان العاطفي وعدم ظهوره عندما تختفي عوامل الحرمان في حالات التبني، واتخاذ المكان المناسب. كما يشير (McGee, Welliams & Silve 1984) إلى تأثير العوامل الأسرية كأحد أسباب النشاط الزائد مثل انفصال الوالدين، وحجم الأسرة، والقصور في العواطف الوالدية . (Christopher Peterson, 1996)

ويذكر (Barkley et al 1991) أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض والإهمال واللامبالاة والعقاب، والنبذ تؤدي بالطفل إلى إصابته بالاضطراب، وهذا ما أوضحته دراسة كل من نانسي إبراهيم (١٩٩٧)، وسهام علي (١٩٩٤)، وأشرف عبد القادر (١٩٩٣)، وحمدي شاكر (١٩٩١)، وصلاح الدين الشريف (١٩٩٠).

كما يضيف (Barkley 1983) سبباً آخر هو أن أمهات هؤلاء الأطفال يتصرفن بقسوة في ضبط هؤلاء الأطفال، وينقدن الطرق العلاجية عندما لا يتم العلاج أطفالهم كما يحبون .وعندما يستجيب الأطفال للمطاوعة والانتباه لا يستخدم الآباء المكافآت أو المساندة أو التعليق عليها (Terence et al, 1996, 466).

ويشير (Harss 1981) إلى أن آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد أكثر استخداماً للأوامر ولأساليب العقاب مع هؤلاء الأطفال اعتقاداً منهم أن العقاب خير وسيلة لإجبار الطفل على الطاعة، وهم لا يترددون في تنفيذ هذه الأساليب عند كل خطأ وقليلاً ما يستخدمون المكافآت مع أبنائهم هذا بخلاف الأساليب التي يتبعها أو يستخدمها آباء الأطفال العاديين. (أشرف عبد القادر، ١٩٩٣)

وهذا ما أكدته أيضاً الدراسة التحليلية التي أجراها كلاً من (Heilveil & Clark 1990) للعوامل والظروف التي تحيط بأطفال يعانون من النشاط الزائد، حيث كشفت النتائج أن هؤلاء الأطفال يعيشون في عزله اجتماعية، ويعانون من عدم التفاعل والإهمال من المحيطين بهم وأضافت نتائج هذه الدراسة أن معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد، يتعرضون للعدوان من الآخرين ومن العقاب المتكرر.

وتؤكد الدراسات أن العقاب البدني المتكرر للأطفال يؤدي إلى نتائج عكسية وأن التشجيع والتدعيم هو أحسن الأساليب لتربية الطفل وتوجيه سلوكه، فهناك من الآباء من يتبع أساليب خاطئة في تربية أبنائهم مثل العقاب، وكثرة الأوامر والتعليمات مما يسبب إحباطاً لدى هؤلاء الأطفال، وقد يلجئون إلى الأساليب السلوكية غير المرغوبة بسبب معاناتهم من الإحباط.

وهذا ما أكدته دراسة (Barkley 1985) على مجموعتين من الأطفال، إحداهما يعاني أفرادها من النشاط الزائد والأخرى من

الأطفال العاديين، حيث كشفت النتائج أن آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد أكثر استخداماً للأوامر ولأساليب العقاب مع الأطفال، في حين وجد أن آباء الأطفال العاديين لا يلجئون إلى هذه الأساليب إلا نادراً، وأنهم يستخدمون المكافآت والتدعيم لتشجيع أبنائهم على ممارسة السلوكيات المرغوبة.

ومن الأسباب الاجتماعية الأسرية المسببة لحدوث النشاط الزائد لدى الأطفال طبيعة العلاقات بين الوالدين والطفل، أو فقدان المناخ الأسري السوي والأساليب الوالدية الخاطئة مع الأبناء.

فبعض الآباء يسلكون مع أبنائهم ذوي النشاط الزائد أنماطاً غير سوية من السلوك، وكلما تكرر هذا السلوك، خاصة في المراحل الأولى من حياة الطفل، أثر ذلك تأثيراً بالغاً في تكوينه النفسي، وانعكس في سلوكه الذي يتسم بالعدوان والمقاومة والعناد، ومن ثم يصبح الطفل مصدراً للقلق لكل من المنزل والمدرسة. (أشرف أحمد عبد القادر، ١٩٩٣)

فالأسرة غير المستقرة بنواحيها الاجتماعية والاقتصادية والنفسية يكون أطفالها أكثر عرضة لاضطراب النشاط الزائد، كما أن إدمان أو طلاق الوالدين، وموت أحدهم، أو سوء الانسجام النفسي الأسري لأي سبب، أو سوء الظروف الاقتصادية للأسرة، وكذلك الظروف البيئية، من نقص الإثارة الشديدة أو زيادتها من العوامل العامة التي تقف وراء ظهور الاضطراب. (إلهامي عبد العزيز ومحمود عبد الرحمن، ٢٠٠٠)

وقد يرجع هذا الاضطراب السلوكي لأسباب التنشئة الاجتماعية الخاطئة في الأسرة أو في النظام المدرسي، أو نتيجة لانخفاض المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

هذا وقد قام مركز دراسة صحة الطفل بكندا The Recnt Omtario Child Health Study OCHS بدراسة الوزن النسبي لإسهام كل من العوامل البيولوجية والعوامل النفسية الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب الانتباه وأقرانهم العاديين فأشارت النتائج إلى أن:

١- نسبة الخلل أو الاضطراب الأسري لدى ذوي الاضطراب تعادل (٢,٢) مرة هذه النسبة لدى الأطفال العاديين (الذين ليس لديهم الاضطراب ADHD).

٢- وجدت علاقات ارتباطية واضحة بين اضطرابات الانتباه والمتغيرات البيولوجية وقد عبرت هذه العلاقات عن نفسها في المشكلات النمائية مثل: صعوبة الحديث- الحماقة- انخفاض الوزن عند الميلاد، حيث كانت نسبة هذه المشكلات لدى ذوي الاضطراب تساوي (١,٨) مرة عند مقارنتها بمثيلاتها لدى العاديين الذين ليس لديهم الاضطراب.

٣- نسبة المشكلات الصحية المزمنة لدى الأطفال ذوي الاضطراب تعادل (١,٩) مرة هذه النسبة لدى الأطفال العاديين.

٤- أن الأطفال ذوي الاضطراب يغلب عليهم أن يكونوا من أبناء المدن، كما أن مستواهم الاجتماعي الاقتصادي يغلب عليه أن يكون مرتفعاً بالنسبة لأقرانهم العاديين.

كما تشير الدراسات التي أجريت على التوائم إلى وجود أعراض اضطرابات الانتباه لدى التوائم المتطابقة، بينما كانت هذه الأبعاد أقل اتساقاً أو حدوثاً لدى التوائم المتآخية من نفس الجنس، مما يشير إلى دور العامل الوراثي البيولوجي في الاضطراب، أما من ناحية العوامل الأسرية فقد توصلت هذه الدراسات إلى أن عوامل التفكك الأسري تسهم بأكثر من (١٠%) من التباين الكلي للفروق بين ذوي اضطرابات

الانتباه وأقرانهم العـــاديين. (فتحـــي الزيـــات، ١٩٩٨، ٣١١-٣١٢)، (Periance, 1991, 72-73)

أما المدرسة فهي أيضاً من أهم العوامــل الاجتماعيــة النفـسية المؤثرة على الطفل، ليس فقط الطفل العادي، بل أيضاً الطفــل غيــر العادي، حيث أنها البيئة التي يقوم فيها الطفل بأغلب نشاطاته، كــالكلام، والحركة، واللعب، وإن لم يكن هذا النظام المدرسي متفهمــاً لقــدرات الطفل واحتياجاته فسوف يؤدي للنشاط الزائــد. (Deweaver & Kropf, 1992)

ويشير إلهامي عبد العزيز وآخرون (٢٠٠١) أن البيئة المدرسية لها تأثير في ظهور اضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال من خــلال دخول الطفل إلى بيئة المدرسة، حيث أنها أول الأمر تعتبر بيئة جديدة ومعقدة بالنسبة له، كما أن السلطة الجديدة في المدرسة تأخــذ مكانهــا لأول مرة في حياته.

ويشير طارق النجار (٢٠٠٥) أن من أسباب ظهور اضــطراب النشاط الزائد علي الأطفال هي البيئة المدرسة، حيث أن تشتت انتباه الطفل داخل الفصل الدراسي يرجع إلى عوامل عديدة فقد يستغرق في أحلامه، وما يرد على خاطره من أفكار، وهو يحملق في معلمه داخل الفصل، وكأنه لم يفهم منه أية كلمة، وقد يعود المعلم الــسبب فــي أن الطفل لا يعير الدرس أي اهتمام إما لصعوبته أو لعــدم ميلــه لــه أو رغبته فيه، وقد يكون السبب أيضاً فتور العلاقة بين المعلم والطفــل، أو عدم ملائمة أسلوب الدرس له، وكذلك الواجبات المدرسية التــي لا يستطيع الطفل تحملها بما يؤدي إلى إصابته بالعجز والإحباط.

ج. أسباب بيئية:

إن الصعوبات التي تواجه الأم أثناء الحمل، والتعرض قبل الولادة لإدمان الكحوليات والتبغ، والولادة المبكرة، وانخفاض وزن الطفل، وزيادة معدل الرصاص في الجسم، والتعرض بعد الولادة للإصابة في الجبهة لمناطق المخ، كل هذا يؤدي إلى مخاطر الإصابة باضطراب النشاط الزائد بمعدلات ودرجات متفاوتة. (Chadd, 2003)

كما أن النشاط الزائد قد يكون سبباً لتأثر الطفل بفترة مرض أو عودة مضاعفاته التي وجدت عقب الأمراض التي أصيب بها في الطفولة المبكرة، مثل السعال الديكي، والحمى الشوكية والحمى القرمزية، وإصابة الأذن الداخلية، أو إصابة الكليتين، أو الالتهاب الرئوي، وما يحصل عليه الطفل من لقاحات عادية وأمصال قد تكون احتمالاً لأحد الالتهابات في المخ. (علي محمود شعيب، السيد فرحات، ٢٠٠٣)

وتناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية والأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدي إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط. (السيد علي سيد ، فائقة بدر، ١٩٩٩)

كما أن إصابة مخ الجنين أثناء الولادة، أو إصابة الطفل بعد الميلاد، وفي سنوات طفولته المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث أو ارتطام رأسه بأشياء صلبة أو وقوعه على رأس من أماكن مرتفعة أو ضربه على رأسه، مثل هذه الحوادث يمكن أن تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية في المخ، مما يؤدي إلى فرط النشاط. (عبد العزيز الشخص، وزيدان السرطاوي، ١٩٩٩)

بالإضافة إلى أن قلة النوم عند الطفل على المدى الطويل قد تكون سبباً في النشاط الزائد لدى الأطفال، كما أن النشاط الزائد من

الممكن ان يظهر لدى الأطفال المصابين بتضخم اللـوزات. (بـ ـال الحامد، ٢٠٠٣)

ومما سبق يتضح أن الأسباب البيئية التي قد تؤدي للنشاط الزائـد هي: إصابة الطفل في أي مرحلة عمرية سواء قبل الـولادة أو أثنـاء الولادة أو بعد الولادة بالأمراض، أو بحادثة، بما يـؤثر علـى المـخ مسبباً للطفل النشاط الزائد.

بالإضافة إلى ماسبق هناك عوامل بيئية اخري يتعرض الدافل لها من عوامل فيزيقية ومادية غير سوية مثل: الضوضاء والتسمم الغذائي، وسوء التغذية، وقلة النوم.

وفي النهاية، يتضح من خلال العرض السابق لأسباب النـشاط الزائد أنه على الرغم من تعدد الأسباب التي قد تـؤدي إلـى النـشاط الزائد، نجد أن أكثر الأسباب وضوحاً في كل الأسباب الـسابقة مـن (أسباب بيولوجية، وأسباب وراثية، وأسباب نفسية واجتماعية، وأسباب بيئية)، هو أن المخ سواء كان خلل في وظائفه، أو عدم تناسـق بـين نصفيه الكرويين، أو إصابة به أثناء الولادة، أو قبل الولادة، أو بعـد الولادة بسبب مر أو حادثة به (خبطة الرأس) هو سبب رئيس لاحداث هذا الاضطراب .

وتوصلت الدراسات الحديثة إلى أن (٥%) مـن الأطفـال ذوي فرط النشاط لديهم إصابات مخية، كما أن معظم الأطفال الـذين لـديهم إصابات مخية لديهم أعراض اضطرابات الانتباه مع فـرط النـشاط. (فتحي الزيات، ١٩٩٨)

كما يشير Fuster (1989) إلى وجود ارتباط بين النشاط الزائد، وبين التلف بالمخ في الجبهة الأمامية، كما أن انخفـاض وزن الوليـد غير الطبيعي أيضاً يكون واضحاً لدى الأطفال ذوي الاضطراب، ومـن

لمحتمل وجود علاقة بين الاضطراب ونمو المخ غير الطبيعي أو الشاذ (Eric & Barkley, 1989)، ويحدث تلف المخ نتيجة لعدة عوامل بعضها يحدث أثناء الحمل، وبعضها يحدث أثناء الولادة، وقد يحدث تلف المخ في سن مبكرة من حياة الطفل على أثر مضاعفات بعض الأمراض مثل الالتهاب السحائي، وقد يحدث تلف المخ أثناء الحمل عندما تتعرض الأم الحامل لإشعاعات مثل الأشعة السينية أو تعرضها للسموم أو الإصابة ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري ومضاعفات الحمى الشوكية. (علا عبد الباقي، ١٩٩٩)

ويشير (Kurt Hass 1979) إلى أن معظم التفسيرات الشائعة للنشاط الزائد يرجع إلى قصور بالمخ، حيث يعزو العديد من الأخصائيين أسباب النشاط الزائد Hyperactivity إلى اختلال طفيف بالمخ Minimal Brain Damage.

ويذكر (Alan et al. 1985) أن هذا الاعتقاد ليس صحيحاً لأن معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد ليس لديهم تلف بالمخ، حيث يرى أن عدداً كبيراً من الأطفال الذين يظهرون سلوك النشاط الزائد ليس لديهم اختلال في المخ.

ويؤكد عبد العزيز الشخص ما وصل إليه (Alan et al. 1985) حيث يشير إلى عدم وجود علاقة مباشرة بين النشاط الزائد والإعاقة التي يعاني منها الطفل، بمعنى أن الإعاقة ليست بالضرورة وأن تسبب أو تصاحب الاضطراب، وعلى ذلك فإن قصر أسباب النشاط الزائد على الإصابة المخية أو أي مشكلة أخرى خاصة بالطفل فقط يعد أمراً به كثير من أوجه القصور، حيث لابد وأن توجد العديد من الأسباب الأخرى تكمن خلف المشكلة. فقد يتعلق بعضها بالطفل نفسه بينما يرجع البعض الآخر إلى البيئة التي نشأ فيها سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع.

وتذكر (Lauran 1996) أنه لا يوجد دليل واضح على تلف نصام الأعصاب CNS لدى غالبية الأطفال ذوي النشاط الزائد.

ويرى السيد السمادوني (١٩٩٨) أن الأطفال المصابين بتخلف أو إصابة في المخ أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System يكون لديهم زملة أعراض سلوكية مثل الحركة المفرطة والقصور في الانتباه والاندفاعية، وتلك الأعراض تميز الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

وأيضاً يشير العلماء إلى أن أسباب انتشار وباء التهاب المخ الذي يؤثر في ظهور أعراض النشاط الزائد يرجع إلى إصابة الكثير من الشعوب في نهاية الحرب العالمية الأولى بإصابات دماغية، ولكن في السنوات الأولى من الثمانينات في القرن العشرين بدأ هذا الاتجاه الذي كان سائداً، والذي يشير أن النشاط الزائد يرجع لحدوث تلف عضوي أو خلل وظيفي يتناقص، وبدأ اعتبار اضطراب النشاط الحركي المفرط وعجز الانتباه والاندفاعية تعتبر مظاهر سلوكية ناشئة من تفاعل بين خصائص الفرد وبيئته. (السيد السمادوني، ١٩٩٨)، (Johnne & Kathleen, 2004)

ويضيف إلهامي عبد العزيز وآخرون (٢٠٠١) أن من أسباب الإصابة باضطراب النشاط الزائد يرجع إلى تلف المخ الناتج عن حادثة (Trauma) أو عدوى ميكروبية أو فيروسية أو الناتج عن تسمم بمادة مثل الرصاص أو محسنات الطعام الصناعية (Additives Food) التي تكسبه طعماً أو لوناً أو تلف المخ الناتج عن نقص الأكسجين قبل أو أثناء الولادة.

وأن نضج المخ خاصة الفص الجبهي من المخ المرتبط بالسلوك والانتباه، وهذا يفسر اختفاء الفرط الحركي عند الوصول إلى المراهقة،

وأن عدم التناسق بين نصفي كرة المخ (Cerebral Hemispheres) الأيمن والأيسر ونقص في بعض الناقلات الكيميائية العصبية بـالمخ (-Neuro Chemical Transmitters) مثل السيروتونين (Serotonin) الـذي لـوحظ نقصه في حالات الفرط الحركي، واختفى هذا النقص بالعلاج، كما وجد نقص في أمينات الكاتيكول لديهم (Catecholamines) كل هذا أشار إلى إمكانيـة وجود اختلال في الناقلات العصبية يؤدي إلى الفرط الحركي.

ويضيف بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) إلى أن بعض البحـوث والدراسات ترجع إلى نقص الاسـتثارة فـي لحـاء المـخ (Cortical Underarousal) هو السبب الأساسي في اضطراب اختلال الانتباه مـع النشاط الزائد.

ومن المؤشرات الدالة على أثر خلل المخ في حدوث اضطرابات النشاط الزائد: الدراسات التشريحية والفسيولوجية والعصبية للأفـراد المصابين بالنشاط الزائد التي وجدت دلائل على نمو شاذ في الفـص الجبهي، أو عدم التناسق بين نصفي كرة المخ الأيمن والأيـسر لـدى الأطفال المصابين بالنشاط الزائد. (حسن مـصطفى عبـد المعطـي، ٢٠٠١)

بالإضافة إلى أنه عندما لا يتناسب العمر العقلـي مـع العمـر الزمني للطفل، يصاحب ذلك ضعف المراكز العصبية بالمخ، وبالتالي تظهر عليه أعراض اضطراب النشاط الزائد. (السيد علي سيد، وفائقة بدر، ١٩٩٩)

وقد اكتشف العلماء احتمال وجود علاقة بين اضطراب النـشاط الزائد واضطرابات الغدة الدرقية التي قد تكون مـسئولة عـن نـسبة بسيطة من حالات الإصابة. (Solcil Greeg, 2003)

كما أنه إذا كانت نسبة السكر في الدم منخفضة، أدى ذلك إلـى تمثيل غذائي ضعيف، خاصة في المخ، وهو ما يؤدي أيضاً إلى إصابة

الطفل بحركة مفرطة زائدة عن الحد، كما أن نقص الفيتامينات خاصة فيتامين (ج، ب المركب) والماغنيسيوم والكالسيوم، وهما من العناصر الضرورية لنمو المخ أدى ذلك إلى نشاط حركي زائد عند الأطفال. (محمد جميل منصور، ١٩٩٠)

ومما سبق يتضح أن العوامل البيولوجية التي قد تؤدي إلى النشاط الزائد لدى الأطفال هي: اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية، أو ضعف النمو العقلي، خلل في وظائف المخ، وعدم التناسق بين نصفي كرة المخ، واضطراب الغدة الدرقية، وانخفاض الأحماض الدهنية، ونسبة السكر في الدم، ونقص الفيتامينات.

وقد أوضحت العديد من الدراسات أن الحالة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير مباشر على مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز فيما بعد، ولقد وجد أن الإصابة بالأمراض أثناء الحمل أو تعاطي العقاقير، أو التعرض للتوتر والقلق الشديد لفترات طويلة ترتبط كلها بالنشاط الزائد لدى الطفل في السنوات الأولى من العمر. (نسيمة داود ونزيه حمدي، ١٩٨٩)

وترى بعض النظريات أن بعض المواد الكيمياوية المضافة إلى الأغذية وأن الرصاص الذي يدخل في طلاء لعب الأطفال الخشبية وطلاء أقلام الرصاص، وأن محسنات الطعام الصناعية سواء مكسبات الطعم أو الألوان التي تدخل في صناعة الحلويات والشيكولاتة التي تقدم كثيراً للأطفال قد تسهم في حدوث اضطراب النشاط الزائد. (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١)

ويؤكد الرأي السابق Fowler (1991) في السيد السمادوني (١٩٩٨) أن التسمم بالرصاص ربما يأتي نتيجة للأكل أو استخدام

بعض الألعاب، مما يؤدي إلى حالات شبيهة بأعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

كما أن حمض الأستيل سالسيلك والذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى بعض الأطعمة لإعطائها نكهة أو لون صناعي يؤدي إلى حالات مشابهة أيضاً. (السيد السمادوني، ١٩٩٨)

ويرى محمد عبد التواب (١٩٩٢) أن السكريات التي تمدنا بالطاقة والتي يتناولها الطفل زائد النشاط تساعده على الإفراط الحركي، ولكن المنع أو الإقلال من السكريات قد يساعد الطفل على الإقلال من الحركة والتحكم في النشاط. (محمد عبد التواب، ١٩٩٢)

د- عوامل تتعلق بالتغذية:

اتجه الباحثون منذ سنة (١٩٨٠) إلى تأثير الأطعمة على السلوك وخاصة تأثير المواد الإضافية الملونة المضافة للطعام، حيث أنه لدى هؤلاء الأطفال حساسية فسيولوجية لبعض الأحماض التي تمثلها بعض عناصر الفواكه والخضروات، وطبقاً لهذا الرأي يمكن أن يتم العلاج من خلال اتباع نظام خاص بالتغذية، ومن المؤيدين لتأثير الغذاء والمواد الإضافية، كأحد مسببات النشاط الزائد. (Baris et al, 1994)

ويذكر (Prinz 1985) أننا لا نستطيع أن نلغي احتمالية تأثيرات الأطعمة الملونة على الأطفال، وهو مسبب للنشاط الزائد (Terence et al., 1996)، ويشير (Gans, 1991)، إلى أن الاضطراب يحتمل أن ينتج عن تناول أنواع من التغذية أو الإفراط في تناول السكريات، ولذلك يعالج الطفل من خلال تغيير وجبات الطعام، ويذكر (Whalen 1989) أن تأثير الطعام والمواد الصناعية المضافة والإفراط في تناول السكريات يلعب دوراً في الأسباب بنسبة (٥%) للأطفال ذوي النشاط الزائد. (Christopher Peterson, 1996, 427)

كما أن تناول الحلويات بكميات كبيرة يؤدي إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي من خلال زيادة الطاقــة، ولا تــؤدي إلــى إصــابته باضطراب الانتباه. (السيد علي وفائقة محمد، ١٩٩٩)

تعقيب:

من خلال العرض السابق لأسباب النشاط الزائد نجــد أن هنــاك أسباب متعددة منها الوراثي والعصبي، والبيئي، والمدرسي، والأسري، والمتعلق بنوعية الغذاء التي يتناولها الأطفال، ويتبنى كل اتجاه مــنهم وجهة نظره على أساس من الافتراضات العلمية أو الحقائق التجريبيــة، ومن هنا جاء تعدد زوايا التفسير، فليس هناك اتفاق بين جمهور العلماء على التحدي الواضح لبيان الأسباب الفعلية لاضطراب النشاط الزائد.

ونرى أن المسببات جميعها متكاملة بعضها البعض، وهامة جداً لفهم النشاط الزائد وفهم طبيعة الطفل زائد النــشاط، ويــساعد ذلــك المختصين في اختيار الأسلوب الأمثل في خفض حدة هذا الاضطراب.

كما نستخلص مما سبق ما يلي:

- يوجد النشاط الزائد بنسبة كبيرة لدى الذكور عن الإناث على الرغم من اختلاف المجتمعات.
- اختلاف نسبة الانتشار نتيجة لاخــتلاف المجتمعــات والثقافــات والمحك المستخدم في التقدير.
- تباين الآراء في علاقة النشاط الزائد بالبيئة "ريفــي- حــضري"، وكذلك بالمستوى الاجتماعي للوالدين.
- أهمية تقديم برامج إرشادية لعلاج هــذه المــشكلة لتجنــب مــآل الاضطراب.

رابعاً: أعراض النشاط الزائد:

هناك تصنيف لأعراض النشاط الزائد من حيث كونها أعراض جسمية، أعراض اجتماعية، أعراض انفعالية، وأعراض تعليمية وسوف يتم شرح هذه الاعراض كما يلي:

١. الأعراض الجسمية:

يمارس الأطفال ذوي النشاط الزائد حركات جسمية كثيرة معظمها حركات عشوية غير مقبولة وغير هادفة، ولا يستقرون في مكان واحد، ويتنقلون كثيراً بين المقاعد، ولا يجلسون في مكان دون حركة، وإذا أجبروا على الجلوس تراهم يتململون في مقاعدهم ويتأرجحون عليها دون كلل، وقد يقفزون فوقها ثم لا يلبثون أن يهبطوا أسفلها، ويصدرون أصواتاً بلا مبرر محدثين ضوضاء، وضجيجاً، ويشاكسون من حولهم وبخاصة الأطفال الآخرين، وهؤلاء الأطفال سريعوا الهياج لا يستطيعون السكون أو الهدوء، وحركاتهم غير موجهة.

وقد لوحظ على بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد كثرة حركات الرأس والعينين في اتجاهات متعددة دون التوجه لشيء محدد، ومنهم من يتلفت يميناً ويساراً بدون مبرر وبلا تركيز على شيء، وتظهر هذه الحركات الجسمية للأطفال في أي مكان سواء في المدرسة، أو في المنزل أثناء تناول الوجبات، وأثناء مشاهدة التلفاز، وأثناء عمل الوجبات المدرسية- التي لا يكملها- كما تظهر في الأماكن العامة كالحدائق والمطاعم وأثناء ركوب السيارة...، وبرغم هذه الحركات الزائدة للأطفال إلا أنهم لا يقبلون على الألعاب الرياضية؛ لأنهم لا يرغبون الالتزام بقواعد أو نظم.

ومعظم هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب في التناسق الحركي والسلوكي، وبعدم انتظام الرسم الكهربائي لعضلاتهم. (Gollnitz, 1981)

٢. الأعراض الاجتماعية:

أكدت نتائج الدراسات أن الأطفال ذوي النشاط الزائد غير متوافقين، لا يستطيعون التعامل مع الآخرين، ولا يطيعون الأوامر، ويصعب عليهم إقامة علاقات طيبة مع زملائهم وإخوانهم، ويمارسون سلوكيات غير مقبولة اجتماعياً مثل العدوان والصراخ والشجار والهياج، وقد ينسحبون من الجماعة ونراهم منبوذون من الآخرين غير قادرين على التفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويتصف معظمهم بسوء التكيف وضعف في التطبيع الاجتماعي.

كما يظهر عليهم عدم التوافق الاجتماعي، صعوبة الامتثال للاوامر، ودوام الصراخ والهياج وسوء التكيف وسوء التطبيع الاجتماعي

٣- الأعراض الانفعالية:

يبدو الطفل ذو النشاط الزائد مشتت الانتباه، ضعيف التركيز، متهور، يصعب عليه ضبط نفسه، أو السيطرة على انفعالاته، ويظهر عليه الغضب، كما لا يستطيع ضبط استجاباته للمؤثرات الخارجية.

ومعظم الأطفال ذوي النشاط الزائد يسهل استثارتهم ، كما تعتريهم نوبات غضب حادة، وتقلبات مفاجئة في المزاج، كما يتسمون بسرعة الهياج خاصة إذا ما تعرضوا لمواقف محبطة، فهم لا يتحملون الإحباط وتصدر منهم ردود فعل غاضبة غير متوقعة.

وقد لوحظ أن هؤلاء الأطفال يظهر عليهم عدم الرضا وينظرون لأنفسهم نظرة سلبية، وانفعالاتهم دائماً غير مستقرة، ومفهوم الذات لديهم منخفض.

ـ الأعراض التعليمية:

وفي مجال التعلم والتعليم ؛ تؤكد نتائج الدراسات أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يعانون من صعوبات في التعلم، ولديهم كثير من المشكلات التعليمية، فهم لا يستطيعون إكمال الواجبات المدرسية، ولا يركزون في حجرة الدراسة، ولا ينتبهون لشرح المعلم، ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نقص في المهارات المعرفية بسبب شرود الذهن ونقص التركيز، كما أنهم يجدون صعوبة في التعامل مع الرموز والاختصارات واستيعاب معاني المفاهيم المركبة، ولعل هذا بسبب تشتت انتباههم.

كما يرى العلماء أن هناك مجموعة من الأعراض الأولية ومظاهر سلوكية يتميز بها الأطفال ذو النشاط الزائد، وهذه السلوكيات يمكن ملاحظتها والحكم عليها بسهولة، وهذه الأعراض متمثلة في الآتي:

(أ) الاندفاعية Impulsivity:

الاندفاعية هي نمط سلوكي يتضمن نقصاناً في ضبط السلوك والميل نحو الاستجابة دون تفكير. (ضياء الطالب، ١٩٨٧)

وتظهر الاندفاعية في عدم الصبر، والصعوبة في إرجاء الاستجابة، والتعجل بالإجابة قبل أن يكتمل السؤال، ومقاطعة الآخرين والتطفل عليهم باستمرار إلى حد إحداث صعوبات أو مشكلات في المواقف الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية، كما أنهم يتميزون بالإخفاق في الإصغاء إلى التعليمات والتوجيهات. (بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠)

ويرى عبد الرحيم عدس (١٩٩٨) أن الطفل الذي يتصف بالاندفاعية يتسم سلوكه بأنه سريع التهيج ويباشر العمل ثم يفكر فيه

بعد ذلك، وقد يتفوه بكلمات أو عبارات غير مناسبة دون أن يدرك ذلك حتى يلفت انتباه شخص آخر إلى ما يتلفظ به، وقد يلجأ إلى الاعتداء على زملائه داخل الفصل، وعندما يدرك خطأه بعد ذلك يذهب ويعتذر عما بدر منه، وإن ذلك لم يكن مقصود منه، و في الفصل الدراسي لو لوحظ سلوكه سنجده يعطي إجابة على سؤال قبل أن يكون المدرس قد انتهى من طرحه، وغالباً ما تكون إجابته خاطئة.

كما يعرف (Howard Abikoff 1991) الأطفال المندفعين بأنهم يستجيبون بسرعة كبيرة وبأقل درجة من الانضباط بما ينعكس على الأداء، ومن ثم تعد الاندفاعية بمثابة الاستجابة للمثيرات وذلك بدون أخذ وقت مناسب، والفشل في تنظيم المواد بفاعلية والتصرف بدون تخطيط والاستجابة بسرعة عن الأقران العاديين (Rita Rudel, 1988) .

كما تشير (Sandra (1997 إلى مظاهر الاندفاعية التي تتمثل في أن الطفل:

- يتحدث بإفراط.
- يقاطع الآخرين بشكل غير مناسب.
- لديه صعوبة في الانتظار لدوره.
- دائماً يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم.
- لا يستطيع الانتظار حتى يأتي دوره في اللعب.
- لا يستطيع تأجيل طلباته "يريد الأشياء الآن".
- يعرف القواعد لكنه يرتكب بعض الأخطاء.
- لا يفكر في النتائج.
- مزعج لأنه لا يستطيع التوقف والتفكير حيث يستجيب أولاً ثم يفكر بعد ذلك.

- يتعرض دائماً للإصابات لأنه لا يعطي اعتباراً للنتائج، ودائماً ما يتسلق إلى مكان مرتفع.
- يبدأ في المهام بدون الانتظار للتعليمات.
- ينتقل خلال المهام بدون الانتهاء منها.
- يرتكب العديد من الخطاء بإهماله.
- لا يأخذ وقتاً لتصحيح خطأه.
- غالباً ما يكون مزعجاً ويضايق الآخرين.

ويشير (Barkley 1985) إلى أن العلماء قد اختلفوا حول إمكانية الأطفال في ضبط الاندفاعية التي يتميزون بها، فهناك من يقول أن هؤلاء الأطفال لا يتمكنون من ضبط ذواتهم واندفاعيتهم، وهناك من يرى أنهم يتمكنون من ضبط سلوكهم أمام الطبيب ومنهم من يتمكن من ضبط سلوكه في البيت أو في الفصل.

(ب) ضعف الانتباه Attention Deficit:

يعرف وليم جيمس (١٨٩٠) الانتباه بأنه هو تعامل العقل، في شكل واضح ومحدد، مع واحد من الموضوعات أو الأفكار من بين ما يبدو في آن واحد من عديد من الموضوعات الممكنة أو من الأفكار المتواترة، ويعد التركيز والوعي من محتواه الأساسي، ويتضمن الانتباه انسحاباً أو ابتعاداً عن بعض الأشياء لكي يتم التعامل بفاعلية مع أشياء أخرى. (بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠)

وقد يظهر ضعف الانتباه في مواقف أكاديمية أو مهنية أو اجتماعية، وقد يحقق الأفراد ذوو هذا الاضطراب في الانتباه الدقيق إلى التفاصيل، أو ربما يأتون بأخطاء تنم عن الإهمال في العمل المدرسي أو في غيره من المهام والأنشطة الأخرى.

ويكون العمل أو النشاط غالباً مرتبكاً وغير مرتب ومتسماً بالفوضى، ويؤدي بإهمال، وبدون ما يتطلبه من تفكير، ويبدي هؤلاء الأفراد غالباً صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه في المهام والأنشطة أو في نشاط اللعب، ويجدون صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه في المهام والأنشطة أو في نشاط اللعب، ويجدون صعوبة في المثابرة في أداء المهام والنشاطات حتى استكمالهم لها والانتهاء منها.

والأطفال زائدو النشاط دائماً ما يتشتتون بسهولة، وهذا التشتت يرجع على قصر فترة الانتباه الذي يؤدي بدوره إلى الفشل في إكمال الأنشطة وصعوبة التركيز على المهام والظهور بمظهر عدم الإنصات. (حسن الهجان، ١٩٩٢)

وقامت الجمعية الأمريكية للأخصائيين النفسيين (١٩٨٧) بتحديد مظهر اضطراب الانتباه حيث حددته من خلال فشل المصاب في إكمال أي عمل، وأنه يتشتت بسهولة. (Richard, Lois, Philips, 2004) (منال جابر، ٢٠٠٢)

ويشير (Barkley 1985) أن المشكلة الأكثر خطورة لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد هي صعوبة التمكن من تثبيت انتباههم نحو المثير بما هو مطلوب وكف الاستجابة للمثير غير المرتبط بالمطلوب، وأن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلة عدم القدرة على التفريق ما بين المثيرات الأساسية عن المثيرات غير الأساسية. Richard, Lois, Philips, 2004

ويرى طارق النجار (٢٠٠٥) أن سلوك عدم الانتباه ينتقل إلى داخل الفصل الدراسي فيتصف سلوك الطفل داخل الفصل بالفوضوية، وعدم النظام وارتكاب الأخطاء، وعدم أداء الواجبات المطلوبة منه، فيجلس على مقعده وكأنه أحد ما قد سلب عقله، فتجده لا يسمع ولا

طفل شارد الذهن مشغول التفكير، وعندما يطلب منه أن يعيد ما قالــه المدرس ستجده وقف مندهشاً متعجباً.

وقد أشار (Barkley 1992) إلى أن الطفل ضعيف الانتباه يتـأثر مع والديه، فيبدو الطفل أكثر عصياناً في كثير مــن المواقـف للتنو.يهات والأوامر التي توجه إليه، كما أنه يعاني من ضعف الذاكرة بسبب الخلل الوظيفي في عملية الإدراك والانتباه.

ويؤكد هذا الرأي طارق النجار (٢٠٠٥) بأن هؤلاء الأطفال يسببون مشكلات متعددة للآباء، فهم يعانون من علاقات سيئة مــع الوالــدين، فنجدهم دائمون في عدم انتباههم لتعليمات الوالدين، الأمر الذي يفسر من قبل الوالدين بأنه تمرد أو رفض لأمر الوالدين، مما ينتج عنه سوء فهم من قبل كل طرف للآخر.

ويرى كــل مــن (Joanne & Kathleen 2000) ، (Sahasi 1990)، (Samar et al 1998) أن الأطفال والتلاميذ المصابين بالصمم يتميــزون بصعوبات سلوكية تواجه المعلمين والآباء منها أنهم غير منتبهين فــي الفصل، وأنه لا يجلس ساكناً لمدة خمس دقائق، ويرون أن هذا يرجع إلى حالة الصمم المصاحبة لزيادة في النشاط ملازماً لعدم الانتباه.

(ج) تشتت الانتباه Attention Distract:

ويقصد به صعوبة تركيز في نشاط معين يقــوم بــه، ونجــاح المثيرات الخارجية في جذب انتباهه بعيداً عن هذا النشاط، والافتقــار إلى المثابرة على إكمال العمل المكلف به، حيث أن الطفــل المثــابر عندما يتشتت يعود للنشاط مرة أخرى، ويكمله، أما الطفل غير المثابر عندما يشتت لا يعود مرة أخرى ليكمل العمــل. (Pineda & Ardila, 1999, 159)

فالأطفال ذو النشاط الزائد لديهم تشتت في الانتباه لأنهم مرتبكون، كما ينشغلون بمثيرات غير مهمة من البيئة سواء كانت مثيرات سمعية أو بصرية مثل (محادثة بين اثنين خارج الفصل، مباراة في الملعب). (Larry Silver, 1998)

حيث يظهر تشتت الانتباه لدى الأطفال في صور عديدة: الفشل في إنهاء المهام التي يبدأها، وصعوبة في التركيز، وصعوبة في إنهاء لعبة ما بدأها. (حسن مصطفى، ٢٠٠١)

ومن أعراض تشتت الانتباه لدى الأطفال ما يلي:

- **الانتباه القصير:** حيث لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه على أي مثير أكثر من بضع ثواني ثم ينقطع انتباهه مع أن هذا المنبه مازال يحتاج لتركيز.
- **ضعف القدرة على الإنصات:** مما يصعب عليه فهم كثير من المعلومات وضعف قدرته على المتابعة.
- **ضعف القدرة على التفكير:** نتيجة للعوامل السابقة فإن المعلومات التي يكتسبها تكون مبهمة وغير مترابطة، مما يؤدي إلى ضعف قدرته على التفكير فيها.
- **ضعف القدرة على التحدث:** فعند التحدث لا يستطيع تقديم معلومات كافية عن أي شيء بصورة منطقية متسلسلة، ولا يستطيع تقديم وصف دقيق، ودائماً ينسى الأسماء. (أحمد عبد الرحمن، السيد أبو هاشم، ٢٠٠٢)

(د) فرط النشاط:

يتداخل مصطلح فرط النشاط مع العديد من المصطلحات منها الخلل الوظيفي البسيط في المخ Minimal Brain Dysfunction،

والإصابة في المخ Brain Damage، وفرط النشاط الحركي Hyperactive، وأيضاً عدم القدرة على التعلم Learning Disabilities، ويلاحظ بعض الغموض حول هذا المصطلح (فرط النشاط)، وصعوبة فصله عن المفاهيم السابقة خصوصاً صعوبات التعلم لعلاقته الوثيقة بها. (السيد السمادوني، ١٩٩٠)

ويظهر النشاط الزائد أو فرط النشاط في التململ العصبي أو في التلوي الذي يجلس عليه الطفل، أو في عدم البقاء مستقراً على المقعد، حينما يكون من المتوقع منه أن يجلس مستقراً، أو في الجري أو التسلق المتواصل في مواقف غير مناسبة لهذه الأفعال، أو في إبداء صعوبة في اللعب أو في الاشتراك بهدوء في نشاطات وقت الفراغ، أو في أن يبدو غالباً كما لو أنه (ناشط غير كلل) أو (مدفوع كالماكينة)، أو في الكلام بشكل زائد. (بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠)

ويقصد بالطفل ذو فرط النشاط، ذلك الطفل الذي دائماً ما يبدي مستويات مرتفعة وعالية من النشاط حتى في المواقف التي لا تتطلب ذلك، أو حتى عندما يصبح ذلك غير مناسب أو غير ملائم للموقف، كما أن هذا الطفل غير قادر دائماً على اختزال هذا المستوى العالي من النشاط عندما يتلقى الأمر بذلك، كما يقترن لديه فرط النشاط بالاندفاعية والمزاج المتقلب وسرعة الاستثارة والانفعال. (محمد علي كامل، ١٩٩٦)

كما أن الطفل ذو فرط النشاط غالباً ما يتسم بعدم الاستقرار أثناء جلوسه، ويكثر من حركة يديه ورجليه، ويخبط بهما، أو يتلوى في مقعده، وغالباً ما يتحدث بإفراط، ويترك مقعده في الفصل أو في المواقف الأخرى التي نتوقع منه خلالها أن يظل جالساً، فيظل يمشي

ذهاباً وإياباً دون سبب أو هدف، فحركته مستمرة فلا يكل وكأن موتور يحركه. (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٣)

وقد يبدو الطفل في حركة مستمرة، أو قد يقوم بحركات عصبية، أو يشعر بالملل بسرعة وبصورة مستمرة، وغالباً ما يجرى أو يتسلق الأسطح، ويجد صعوبة في النـــوم بهـــدوء. (Robin F., Goodman & Anita Gurian, 2002)

حيث أن جوهر مشكلة الطفل مفرط النشاط هو تحـــرك الطفـــل كثيراً بدرجة أكبر من غيره ممن هم في نفس العمر الزمني، وأغلـــب هذه الحركات من النوع غير المرغوب فيه الـــذي لا هـــدف لـــه ولا غرض منه. (أميرة طه بخش، ١٩٩٧)

وتحدد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٠) الحركة الزائدة لدى الأطفال زائدي النشاط في (كثـــرة الجـــري والتـــسلق والحركـــة مستيقظاً أو نائماً، صعوبة البقاء جالساً، التململ). وإذا تعرض الطفـــل زائد النشاط لمهمة تتطلب النظام، فإنه دائماً ما يهتز على الكرسي الذي يجلس عليه، ويتململ أثناء الأداء ونلمح كثرة اهتزاز يديه وأرجله أثناء المهمة. (حسن الهجان، ١٩٩٢)

ويرى السيد السمادوني (١٩٩٨) أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتميزون بعدم الاستقرار والحركة الزائدة وعدم الهدوء والراحة، كمـــا أنهم من السهل استثارتهم انفعالياً.

ويشير Barkley (1985) أن هذا النوع من الـــسلوك يظهـــر فـــي المدرسة، كما يظهر في البيت أثناء الجلوس على المقعد لتناول وجبات الأكل، وأثناء مشاهدة برامج التلفاز، وأثناء الاضطجاع على الـــسرير، ويظهر حين الانشغال بالواجبات المدرسية البيئية، ويظهر في الأماكن

العامة كالحدائق والمطاعم، وأثناء ركوب السيارة، وكل هذه الأنـواع من الحركة المفرطة تظهر على نحو مخالف لما لدى الأطفال العاديين.

وقد أشار دليل التربية الخاصة (١٩٩٣) فـي تعريفـه للنـشاط الحركي الزائد بأنه نشاط جسمي وحركي حـاد ومـستمر، وطويـل المدى، بحيث لا يستطيع الطفل التحكم في حركات جسمه، بل يقـضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالباً مـا تكـون هـذه الظـاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ، أو تكون لأسباب نفـسية ويظهـر السلوك غالباً في سن الرابعة حتى سن ما بين (١٤-١٥) سنة. (دليل التربية الخاصة، ١٩٩٣)، (David A., Pineda, et al., 2000)

ويعرف عبد العزيز الشخص (١٩٨٤) الطفل زائد النشاط أنـه الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولـة، وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضـبط النفس (الاندفاعية)، وعدم القدرة على إقامة علاقة طيبة مـع أقرانـه ووالديه أو مدرسيه.

ويعرف طارق النجار (٢٠٠٥) الطفل زائد النشاط بأنـه هـو الطفل الذي يعاني من اضطراب سـلوكي حركـي، بحيـث يظهـر سلوكيات وحركات ونشاط حركي بشكل لا يتفق مع الموقف وينعكس ذلك على توافقه النفسي والاجتماعي.

وقد أشار Fowler (1991) أن المظاهر المميزة للأطفـال زائـدي النشاط الحركي أنهم يقومون بحركات عصبية مربكة وغير منظمة، كما يكون لديهم صعوبة في البقاء جالسين لفترة ويصدرون أصوات غيـر ملائمة محدثين ضوضاء، أو يتكلمون بصوت عال مما تثير حركاتهم المفرطة عدم تقبل اجتماعي. (السيد السمادوني، ١٩٩٨)

ويضع (Joanne & Kathleen 2004) أعراضاً تميز الطفل زائد النشاط، ومنها أن يستخدم يديه ورجليه بشكل عصبي ومربك داخل المقعد ويتحرك ويقفز بإفراط، يصعب عليه اللعب بهدوء، يتحدث بإفراط، نشيط جداً كأنه يقاد بمحرك، يقاطع الآخرين ويتطفل عليه.

كما يوجد أيضاً مجموعة من الأعراض الثانوية للنشاط الزائد، وهي في غالب الأمر تكون نتيجة للأعراض الأساسية السابقة. فمثلاً الاندفاعية كعرض أساسي لدى هؤلاء الأطفال تسبب ضعف علاقتهم بأقرانهم، لأنهم لا ينتظرون دورهم، ولا يمتثلون لقواعد وأنظمة اللعب، ويطلبون اللعب الخاصة بهؤلاء الأقران، وتكون النتيجة ابتعاد هؤلاء الأطفال العاديين عن الأطفال ذوي النشاط الزائد.

وهناك من يرى أنها أعراض مستقلة ترتبط بمصطلح النشاط الزائد، ولكنها تتكرر على نحو أقل من تكرار وحدوث الأعراض الأساسية، وهي ليست بالضرورة تحدث لدى كل الأطفال من ذوي النشاط الزائد. (ضياء الطالب، ١٩٨٧)

بالإضافة إلى الأعراض الأساسية السابقة هناك مجموعة من الأعراض الثانوية التي تلازم الأعراض الأساسية، ولا يتم تشخيص الطفل بأنه ذو نشاط زائد في ضوء وجود الأعراض الثانوية فقط، وهي كثيرة ومنها:

١) ضعف التحصيل الأكاديمي Poor Academic Achievement:

الأطفال زائدو النشاط دائماً ما يكونون أقل تحصيلاً مع أقرانهم العاديين ، ويؤدي تحصيلهم الدراسي المتدني إلى وجود خلاف بين الأسرة والسلطات المدرسية بشأن التلميذ زائد النشاط، ويحقق هؤلاء الأطفال تقدماً دراسياً أقل من أقرانهم وإنجازاً مهنياً أضعف منهم، ويبدو نموهم العقلي، كما يقاس باختبارات الذكاء الفردية، أقل إلى حد

ما من أقرانهم، مما ينتج عنه تأثير كبير في توافقه الاجتماعي والأسري والمدرسي. (بشير الرشيدي، ٢٠٠٠)

وبشير محمد عبد الستار (٢٠٠٢) أن الدراسات الحديثة أوضحت أن (٤٠- ٥٠%) من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من اضطراب في الانتباه وفرط الحركة، وهذا يؤثر بدوره على كافة الأنشطة الأكاديمية من قراءة وكتابة حساب، كما أنها تؤثر هذه الاضطرابات على معظم العمليات المعرفية الأخرى كالإدراك والذاكرة، والتفكير واللغة الشفهية، وبالتالي تعطل قدراتهم وكفاءة التعليم لديهم.

٢) ضعف العلاقة بالآخرين Poor Relationship with Other:

بسبب الأطفال ذوو النشاط الزائد الضيق لمن حولهم من آباء وأمهات وأقران ومعلمين ولا يستطيعون تكوين صداقات مع الأقران. (حسن الهجان، ١٩٩٢)

ويرى بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠) أن من المعالم الوصفية والاضطرابات النفسية الملازمة التي تصاحب الأطفال الذين يتصفون بالنشاط الزائد نبذ الأقران لهم.

ويعزي (Theriault & Holmber 2001)، سبب هذه العلاقات غير السوية إلى أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على التعبير عن شعورهم ورغباتهم وآرائهم بصورة مناسبة.

في حين يرجعها (Kendal & Finich 1967) إلى أن رفاق وأقران هؤلاء الأطفال يسخرون منهم بسبب أدائهم المدرسي غير المناسب أو لأن بعضهم أصغر حجماً أو أقل وزناً من الأطفال العاديين، وربما يكون السبب في هذه العلاقة السابقة بالأقران أن هؤلاء الأطفال لا

يحترمون قواعد اللعب ولا ينتظرون دورهم في الألعاب والمواقف الجماعية مثل بقية الأقران. (ضياء الطالب، ١٩٨٧)

٣) السلوك العدواني Aggressive Behavior:

الأطفال ذوو النشاط الزائد غالباً ما يظهرون السلوك العدواني عندما يتعرضون لمواقف محبطة أو عندما يتعرضون للإيذاء الانفعالي، (Milch & Fitzgerald 1985) أن الأطفال زائدي النشاط يظهرون العدوان تجاه الأقران، بالإضافة إلى أنه إذا لم يتم علاجهم في هذه المرحلة فإنهم في سنوات المرحلة الابتدائية يكونون أكثر عدوانية، كما أنهم يتشاكون ويتشاجرون ويعتقدون دون سبب أو إثارة. (حسن الهجان، ١٩٩٢)

ويرجع (Joanne & Kathleen 2004) أن السلوك العدواني كعرض ثانوي لدى الأطفال زائدي النشاط إلى الاندفاعية كعرض أساسي لديهم إذ أنهم مندفعون في استجاباتهم لا يفكرون بعاقبة ونتيجة هذه الاستجابات الاندفاعية ولا يبالون بما حدث لهم وللآخرين.

٤) عدم الطاعة Noncompliance. Disobedience:

الأطفال ذوو النشاط الزائد لا يقبلون القيد ولا يمتثلون للأوامر، ودائماً ما يظهرون عدم الطاعة، والطفل الزائد النشاط لا يطيع الوالدين في المنزل ولا المعلمين في المدرسة، وهذه الأعراض هي التي تجعل الوالدين يلجأون إلى المتخصصين. (حسن الهجان، ١٩٩٢)

وقد اعتبر (Barkely 1985) أن عدم الطاعة يعتبر عرضاً أساسياً من أعراض النشاط الزائد، بينما يميل ضياء الطالب (١٩٨٧) إلى اعتبار عدم الطاعة والإذعان إلى الأوامر من الأعراض الثانوية التي يتميز بها الأطفال ذوو النشاط الزائد.

وأخيراً، فإن الأطفال زائدو النشاط من المعالم الملازمة لهم، إضافة لما سبق التحمل المنخفض للإحباط، ثورات الغضب الشديد، والنزعة إلى السيطرة، والعناد، والإصرار الزائد والدائم على تلبية مطالبهم، والمزاج المتغير غير المستقل، والإرباك والتشويش، والكآبة، وانخفاض تقدير الذات. (ضياء الطالب، ١٩٨٧)، (بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠)

وتتفق lane, Kathleen 2001 مع ما سبق وتضيف في التسرب المدرسي، وتدني الإنجاز الأكاديمي، والرفض الاجتماعي إلى أعراض النشاط الزائد.

الفصل الثاني

النظريات المفسرة للنشاط الزائد

أولا: نظرية التحليل النفسي.

ثانيا: النظرية السلوكية.

ثالثا: نظرية التعلم الاجتماعي.

رابعا: النظرية البيولوجية.

الفصل الثاني

النظريات المفسرة للنشاط الزائد

اهتمت العديد من النظريات بتفسير النشاط الزائد ومنها:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

مسلمات النظرية:

١ – الحتمية النفسية:

وتعني أن لكل سببا نتيجة ولكل نتيجة سببا .

قد تكون الأسباب واضحة أو غامضة ،منطقية أو غير منطقية .

٢ – الطاقة النفسية:

أن الطاقة الموجودة في الطبيعة تتحول من شكل لآخر ،وأن الإنسان يستمد طاقته من الغذاء ومن ثم يستغلها في عدة أعمال كالهضم والتنفس ... وبعد ذلك تتحول الطاقة الجسمية إلى طاقة نفسية والعكس صحيح .

٣ – الثبات والاتزان:

إن للإنسان القدرة على التأثر بالمثيرات المختلفة سواء كانت داخلية أو خارجية ،وعندما يتعرض الإنسان لهذه المثيرات ويشعر بالتوتر ،يحاول تفريغ الطاقة من أجل العودة لحالة استثارته الطبيعية .

٤ – اللذة:

ويرتبط هذا المبدأ بمبدأ الاتزان . أي أن الإنسان يشعر باللذة إذا ما، وصل لحالة الاتزان ،وبالضيق إذا ما شعر بالاستثارة التي تؤدي إلى توتره .

كون فرويد نظريته من خلال هذه المبادئ:

الغرائز: رأى أن الفرد يولد ولديه مجموعة من الغرائز ،ولكن هذه الغرائز تتأثر بالمجتمع الذي ينشأ فيه فيما بعد . واعتقد أن الطاقة الجنسية

(الليبيدو) هي المحرك الأساسي للسلوك ،وأن جميع السلوكيات هي تعبير أو إعلاء للغريزة الجنسية .

اللاشعور: وضع مفهوم اللاشعور ،ورأى أن معظم العمليات النفسية تتم فيه ،فهو مخزن الغرائز والصراعات ومشاعر الذنب وكل ما يهدد احترام الإنسان لذاته .

إن تلك المخزونات في اللاشعور قد خزنت لأن المجتمع يرفضها ،مما جعل الشعور ينبذها إلى اللاشعور عن طريق عملية نفسية لا شعورية هي الكبت .

أنظمة الشخصية: رأى فرويد أن الشخصية مكونة من ثلاثة أنظمة هي الهو ،والأنا ،والأنا الأعلى ،وأن الشخصية هي محصلة التفاعل بين هذه الأنظمة الثلاثة .

الهو:

- الهو هو الجزء الأساسي الذي ينشأ عنه فيما بعد الأنا والأنا الأعلى .
- يتضمن الهو نوعين من الغرائز :
  - غرائز الحياة مثل الغريزة الجنسية
  - غرائز الموت مثل العدوان
- ويعمل الهو وفق مبدأ اللذة وتجنب الألم .
- ولا يراعي المنطق والأخلاق والواقع .
- وهو لا شعوري كلية

الأنـــا:

- يعمل الأنا كوسيط بين الهو والعالم الخارجي فيتحكم في إشباع مطالب الهو وفقا للواقع والظروف الاجتماعية .

- وهو يعمل وفق مبدأ الواقع .
- ويمثل الأنا الإدراك والتفكير والحكمة والملاءمة العقلية .
- ويشرف الأنا على النشاط الإرادي للفرد .
- ويعتبر الأنا مركز الشعور إلا أن كثيرا من عملياته توجد في ما قبل الشعور ،وتظهر للشعور إذا اقتضى التفكير ذلك .
- ويوازن الأنا بين رغبات الهو والمعارضة من الأنا الأعلى والعالم الخارجي ،وإذا فشل في ذلك أصابه القلق ولجأ إلى تخفيفه عن طريق الحيل الدفاعية .

الأنا الأعلى:

- يمثل الأنا الأعلى الضمير ،وهو يتكون مما يتعلمه الطفل من والديه ومدرسته والمجتمع من معايير أخلاقية .
- والأنا الأعلى مثالي وليس واقعي ،ويتجه للكمال لا إلى اللذة – أي أنه يعارض الهو والأنا .
- إذا استطاع الأنا أن يوازن بين الهو والأنا الأعلى والواقع عاش الفرد متوافقا ،أما إذا تغلب الهو أو الأنا الأعلى على الشخصية أدى ذلك إلى اضطرابها .

تفسير الأحلام: تمثل الأحلام وتفسيرها جزءا هاما من النظرية ،حيث أن الضوابط اللاشعورية التي تمنع الخبرات من الظهور من اللاشعور تضعف أثناء النوم ،وتجد الخبرات منفذا لها لكن الرقيب اللاشعوري يقوم بتشويه تلك الخبرات ،فتظهر بصورة رمزية ،أي أن الحلم له مكون ظاهري ومكون حقيقي .

رأى أن الاضطرابات الانفعالية لا تنشأ نتيجة الخبرات الخارجية بل نتيجة فشل الفرد في السيطرة على غرائزه المحظورة أو شعوره بالقلق نتيجة تهديد هذه الغرائز له بالظهور .

معنى الصحة النفسية في نظرية التحليل النفسي:

إن الصحة النفسية تعني نجاح الأنا في حل الصراع الناشئ بين أجهزة الشخصية مع بعضها ومع مطالب الواقع .

لكن الفرد لا يستطيع أن يصل للسعادة والتقدم في نفس الوقت من وجهة نظرهم.

وعندما يفشل الأنا في حل الصراع يلجأ لحيل دفاعية أولها الكبت .

ولو كان الكبت يحدث في صورة كاملة لعاش الفرد سعيدا ،لكنه يحدث ناقصا ،فتصبح الغرائز في اللاشعور تهدد بالظهور مما يؤدي للقلق الذي يدفع الأنا للبحث عن حيلة أخرى .

وتستمر الأنا باستخدام تلك الحيل التي تشوه الواقع إلى أن تصل في النهاية لمرحلة تفقد فيها الحيل الدفاعية قدرتها على مواجهة الواقع مما يؤدي لوقوع الشخصية في الاضطراب النفسي.

ويرى أحد تلاميذ فرويد أن الإنسان إما أن يشبع جميع غرائزه فيحيى حياة البربرية ،أو يحبط بعض تلك الحاجات وبالتالي تنهض ثقافة المجتمع وبالطبع سيصحب التقدم الكبت والعصاب .

وتؤكد على أن تكوين الشخصية يحدد الذات أي أنها لا تتحدد نتيجة للموقف الذي يجد الطفل نفسه فيه وإنما تتحدد بتفسيره لهذا الموقف وبطريقة استخدامه له ومن أتعس هذه المواقف التدليل لأنه يهيئ المسرح للطفل بحيث يقوم بتفسيرات خاطئة للسلوك فهو يتعلم أن يضع نفسه فوق الآخرين وأن يتوقع إشباعاً مباشراً لرغباته وأن يشعر بأن من حقه أن يكون مركزاً لهذا العالم.

وتعتقد هذه النظرية أن السلوك المشكل هو مخزون الطاقة النفسية والدوافع البدائية والتي تبحث عن المتعة التي يكون التعبير عنها في حدود الميكانيزمات التي يستخدمها الطفل في التحكم وحاجات البيئة.

وترى هذه النظرية أن مسئولية ذلك السلوك تقع على عاتق الوالدين حيث قد يتسببان في كثير من مشاعر الإحباط لدى الطفل أو يعلمان الطفل كيف يسمو ويحول ذلك السلوك إلى شيء بناء وتوجيه طاقة النشاط إلى الرياضة والتي تعمل على تنفيس وتفريغ ذلك النشاط.

وتؤكد النظرية على أهمية الجهاز النفسي وتوازنه فاضطراب الهو مثلاً يؤدي إلى أن يكون الفرد مندفعاً ومتسرعاً لأن "الأنا" لديه قاصرة وهذا ينتج عن أسلوب خاطئ في التربية أو خبرة مؤلمة ترتب عليها عيب أو اضطراب في تكوين ووظيفة الأنا والأنا الأعلى. (حمدي شاكر، ١٩٩١)

كما تشير إلى أن تكوين الشخصية يتحدد تفسير الطفل للموقف الذي يجد فيه نفسه أن السلوك المشكل هو مخزون الطاقة النفسية والدوافع البدائية التي تبحث عن المتعة والتي يكون التعبير عنها في حد ميكانيزمات العقل.(نبيه الغبرة، ٢٠٠٣)

كما ترى هذه النظرية أن مسئولية ذلك السلوك تقع على عاتق الوالدين وأساليب معاملتهم وتربيتهم للطفل، وتؤكد على أهمية الجهاز النفسي وتوازنه، فاضطراب الهو مثلاً يؤدي إلى أن يكون الفرد مندفعاً ومتسرعاً. (حمدي شاكر، ١٩٩١)

فتفسر نظرية التحليل النفسي أن النشاط الزائد، عبارة عن تتويج لطاقة مكبوتة، ثم لا يستطيع الطفل التخلص منها فيلجأ إلى بعض السلوكيات الشاذة كالنشاط الزائد.

ثانيا: النظرية السلوكية:

هي مدرسة فكرية من مدارس تأسست على يد واطسون عام ١٩١٣م، حيث قال بأنه حتى يكون علم النفس علمياً بالفعل، فعليه أن يركز الاهتمام على ما يمكن مُلاحظته بشكل مباشر، وبالتحديد الاهتمام بسلوكات أعضاء الجسم. وقد اعتبر واطسون أن الفهم الكامل لسلوك الإنسان سيتطور في النهاية

من خلال تحليل الظواهر النفسية على أنها سلسلة معقدة من المثيرات والاستجابات (وقد أفاد واطسون في دعم هذه الفكرة من خلال تجارب بافلوف التي أدت إلى التعرف على ما يُسمى اليوم بالإشراط الكلاسيكي الذي يتم فيه إنتاج استجابة طبيعية [سيلان اللعاب مثلاً، والذي يتم بشكل طبيعي عند تناول الطعام] من مثير محايد لا يستدعي هذه الاستجابة عادةً [مثل صوت الجرس]، وتجارب سكينر في مجال الإشراط الإجرائي، والذي يقوم على أن السلوك يتعزز إذا تبعته نتيجة مرغوبة، ويُثَبَّط إذا تبعته استجابة غير مرغوبة).

ويرى التوجه السلوكي أن دراسة السلوكات القابلة للقياس موضوعية وبالتالي علمية، وبالتالي ينبغي ألا يدرس الأخصائيون النفسيون إلا السلوك دون العمليات "العقلية".

فكل السلوكات لديهم عبارة عن روابط بين مثيرات واستجابات. وكان هذا مفيداً في إيجاد أسس علمية لدراسة السلوك، إلا أن التوجه المفرط في دراسة السلوك دون العمليات العقلية مثار انتقادٍ كبير للمدرسة السلوكية، أدى لظهور المدرسة المعرفية لاحقاً . (Hayes, N. & Stratton, 2003)

وتشير زينب شقير (١٩٩١) إلى تفسير النظرية السلوكية لفرط النشاط بأن هذا السلوك المضطرب يعتبر نمطاً من الاستجابة الخاطئة أو غير السوية المتعلمة والمرتبطة بمثيرات منفرة يحتفظ بها الفرد ويستخدمها في تجنب مواقف أخرى غير مرغوبة.

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن جميع أنواع السلوك هي محصلة مكونات البيئة والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد ويشير هؤلاء العلماء إلى أن المشكلات السلوكية وهي نوع من أنواع السلوك غير السوي تحدث نتيجة لخبرات مر بها الفرد.

وإستناداً لهذه النظرية فإن المشكلات السلوكية ومن بينها مشكلة النشاط الزائد التي يعاني منها الأطفال ترجع إلى الظروف البيئية المحيطة بهم وإلى

العوامل الاجتماعية والنفسية غير المواتية التي مروا بها خلال عملية التنشئة الاجتماعية سواء في البيت أو المدرسة. (علا عبد الباقي، ١٩٩٩)

فيرى أصحاب المدرسة السلوكية أن النشاط الزائد عبارة عن سلوك متعلم، قام الطفل بتعلمه في المراحل الأولى من حياته للتغلب به على مشكلاته النفسية والاجتماعية.

ثالثا: نظرية التعلم الاجتماعي:

إن التعلم الاجتماعي عند باندورا يجمع بين المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية.

فمثلاً: تقليد نموذج شجاع في حالة الخوف، أو تقليد نموذج واثق من نفسه عند الرغبة في التدريب على مواجهة مقابلة شخصية من الممكن تصنيفه ضمن المدرسة السلوكية.

ومن ناحية أخرى أفكار الفرد وانتباهه لموضوع دون آخر، حيث إن الانتباه انتقائي من الممكن أن يندرج ضمن المدرسة المعرفية.

يذكر باندورا أن الطفل يتعلم الكثير من سلوكياته عن طريق: الملاحظة والتقليد كما أن نتائج البحوث المعملية والميدانية أظهرت أن: التصحيح والتغذية الراجعة يقوي التعلم.

التجربة التي قام بها:

قام باندورا في إحدى دراساته النموذجية بتوزيع أطفال إحدى مدارس رياض الأطفال على خمس مجموعات معالجة، تعرضت لملاحظة نماذج عدوانية مختلفة، حيث شاهدت المجموعة الأولى نموذجا إنسانيا حيا راشدا، وهو يقوم باستجابات عدوانية جسدية ولفظية نحو لعبة بلاستيكية بحجم الإنسان الطبيعي، وتعرضت المجموعة الثانية لمشاهدة الحوادث العدوانية ذاتها، ولكن من خلال فيلم سينمائي. أما المجموعة الثالثة، فقد تعرضت لمشاهدة الحوادث ذاتها من خلال فيلم كرتوني. واستخدمت المجموعة الرابعة

جموعة ضابطة ، إذا لم تتعرض لمشاهدة أي من هذه الحوادث العدوانية ، في حين تعرضت المجموعة الخامسة لمشاهدة نموذج إنساني ذي مزاج مسالم وغير عدواني.

بعد اجراء المعالجة وعرض النماذج المختلفة على أفراد المجموعة المعالجةجميعها ، تم وضع كل طفل من الأطفال هذه المجموعات في وضع مشابه للوضع الذي لاحظ فيه سلوك النموذج ، وقام عدد من الملاحظين بملاحظة سلوك الأطفال عبر الزجاج النافذة ذي اتجاه واحد، وتسجيل الاستجابات العدوانية الجسدية واللفظية التي أداها أطفال المجموعات المختلفة ، ثم استخرجوا متوسط استجابات كل مجموعة على حدة ، فبلغ متوسط الاستجابات العدوانية للمجموعة الأولى ١٨٣ استجابة، للثانية٩٢ استجابة ، وللثالثة ١٩٨ استجابة ،وللرابعة ٥٢استجابة ، وللخامسة٤٢استجابة.

تبين نتائج هذه الدراسة أن متوسط الاستجابات العدوانية للمجموعات الثلاث الأولى التي تعرضت للنماذج العدوانية ، يفوق كثيرا متوسط استجابات المجموعة الرابعة (الضابطة) التي لم تتعرض لمشاهدة النموذج . كما تبين النتائج أن متوسط استجابات المجموعة الخامسة ، التي تعرضت لنموذج مسالم وغير عدواني ، أقل من متوسط استجابات المجموعة الرابعة.

العلاج بالاقتداء أو التقليد :

قدم باندورا طريقة في العلاج النفسي أسماها (العلاج بالاقتداء أو التقليد)

- تقوم على أساس أن يلاحظ الفرد سلوكا بديلا عن السلوك المرفوض المرغوب علاجه ،
- بحيث يكون السلوك المرغوب تعلمه ممتدحا من الناس وبالتالي يقوم الفرد بتعلم وتغيير سلوكه عن طريق الخبرة المباشرة والتعزيز الغير مباشر.

- أمثلة...
- الطفل يتعلم الكلام (اللغة)عن طريق التقليد يرى يسمع ومن ثم يقلد.
- مثل في الإعلانات ...
- النموذج العملي:
- ابتكر ألبيرت باندور) النموذج العملي لعلاج الخواف (و خاصة رهاب الثعابين) و قد استخدم باندورا أشكالا للنموذج العملي منها :

(أ) استخدام لعب و دمي تمثل مصدر الخوف .

(ب) مشاهدة أفلام لأطفال و كبار يلعبون بالثعابين .

(ج) عرض نموذج عملي حي حيث يشاهد المريض المعالج من خلال حاجز رؤية و هو يداعب ثعبانا .

- يلي ذلك مشاهدة مباشرة متدرجة حتى يستطيع المريض لمس الثعبان فعلا بعد عدة جلسات .

تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي أن الطفل يتعلم الكثير من الاستجابات عن طريق الملاحظة والنموذج المحتذى الذي يختلط به الطفل أو ما يراه عبر وسائل الإعلام خاصة النماذج التي تتلقى إثابة وتعزيزاً أو أنها لا تتعرض للتوبيخ أو العقاب على سلوكها غير المرغوب أو لوقوع عقاب متذبذب في الاستخدام وقوعه متأخراً لوقوع السلوك غير المرغوب أو نتيجة عدم وجود البديل للسلوك الذي عوقب من أجله. وتأخذ هذه النظرية في اعتبارها عند دراسة سلوك الفرد بيئته ومجاله الاجتماعي ونوعية التفاعل بينه وبين المتغيرات المحيطة فلابد مثلاً عند النظر إلى ميل الطفل إلى الحركة في الفصل المدرسي ألا ينظر إليها بصورة منفصلة بل لابد من معرفة سلوك المحيطين به من أصحابه وزملائه ووالديه ومعلميه و.... ولذلك فإن هذه النظرية لا تنظر إلى أن سلوك الطفل على أنه مشكل يثير التوتر والغضب لمن حوله ولكنها تنظر إلى أن الوسط المحيط بالطفل وظروفه قد لا تهيئ إقامة تفاعل مرضى بين الطفل وبيئته.

كما تشير علا عبد الباقي (١٩٩١) إلى أن الفرد يتعلم جميع أنواع السلوك السوي منها وغير السوي عن طريق التقليد والمحاكاة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية وما يلاحظه الفرد في سلوك الآخرين في البيئة التي يعيش فيها، ويؤكد أصحاب هذه النظرية على إمكانية تغيير السلوك وتوجيهه عن طريق تقديم النماذج الصحيحة للسلوك المرغوب والحث على محاكاته، وتبعاً لهذا يمكن علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال بتقديم (نماذج قدوة) للسلوك الصحيح المطلوب وحث الأطفال على الإقتداء بها.

قد تشير هذه النظرية إلى أن الطفل يتعلم جميع أنواع السلوك، السوي منها وغير السوي عن طريق التقليد والمحاكاة للنموذج المحتذى، والملاحظة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية عبر مؤسساتها المختلفة من الأسرة والمدرسة، وجماعة الرفاق، والإعلام، وعن طريق التفاعل بين الطفل والمتغيرات المحيطة به. (رابية حكيم، ٢٠٠٥)

حيث إن هذه النظرية لا تنظر إلى سلوك الطفل على أنه مشكل، ولكنها تنظر إلى أن الوسط المحيط بالطفل وظروفه قد لا يهيئ إقامة تفاعل مرض بين الطفل وبيئته. (خالد أحمد، ٢٠٠٥)

رابعا: النظرية البيولوجية:

ترجع هذه النظرية النشاط الحركي الزائد وقصور الانتباه إلى عوامل وراثية أو بيولوجية نتيجة خلل في وظائف المخ أو تفسيرات أو تسمم حمل نجم عنه عدم الاتزان الكيميائي الحيوي واضطراب نشاط ووظيفة الجهاز العصبي المركزي ولذلك تستخدم العقاقير والجراحة والتمارين لخلايا المخ في سبيل علاج هذه المشكلة. (حمدي شاكر، ١٩٩١)

الفصل الثالث
الاضطرابات السلوكية المصاحبة للنشاط الزائد

أولا: القلق.

ثانيا: الخوف.

ثالثا: التبول اللاإرادي.

رابعا: اضطرابات الكلام.

خامسا: العدوان.

الفصل الثالث

الاضطرابات السلوكية المصاحبة للنشاط الزائد

ينتاب الطفل مجموعة من الصراعات نتيجة النشاط الزائد، ممـا يجعله في شعور دائم بالخوف، والقلق، ويجعله أيضاً في حالة توقـع للعقاب الجسمي والمعنوي.

ويترتب على هذا أن يتحول الطفل إلى إنـسان خـائف ، قلـق ويشعر بالتوتر وتنعكس كل هذه الاضطرابات السلوكية على سـلوكه تجاه الآخرين، خاصة أقرانه وأخواته في المنزل.

كما يصاحب النشاط الزائد مشكلة سلوكية أخرى وهي العدوان، والذي ينتج عن ما لدى الطفل من طاقة زائدة مخزونـة فـي الجـسم مسببة له حالة من الهياج وكثرة الحركة مما قد يؤدي به إلى الاعتداء على الآخرين والممتلكات ، وأيضاً ربما يوجه هذا الاعتداء نحو ذاته، وذلك لتفريغ تلك الطاقة المكبوتة، كما قد يـصاحب النـشاط الزائـد مشكلات واضطرابات في النطق والكلام مثل مشكلة التلعـثم والتأتـأة وغيرها....

ويعد اضطراب النشاط الزائد من الاضطرابات التي يترتب عليها مجموعة من الاضطرابات والمضاعفات الأخرى وهي اضـطرابات كثيرة ومتنوعة حيث أن هذا الاضطراب يتواجد بمفرده في حوالي ثلث الأطفال الذين يعانون منه فقط. (Maier & Falkai, 1999, 14)

فعندما يتواجد الاضطراب مع آخر مصاحب فيزيد ذلك من تعقيد حياة الطفل ويؤثر على مسيرته التطورية، حيث تعداد الاضـطرابات المصاحبة حالياً من الموضوعات ذات الاهتمام المتزايد فـي بحـوث الأمراض النفسية. (Mineka & Watson, 1998 Russo & Peidel, 1994)

وتنشأ هذه الاضطرابات المصاحبة كرد فعل لدى هؤلاء الأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD فمنذ معاناة هؤلاء الأطفال لهذا الاضطراب وهم عادة يواجهون بالرفض والنقد المستمر من الوالدين والمعلمين والأخوة والأخوات وأيضاً من زملائهم ورفاقهم. (Antrop. Et al, 2002)

وذلك لما يتصفون به من غضب والدفاع وعدوانية في التعامل مع الآخرين إضافة إلى عدم التزامهم بالقواعد المتعارف عليهم ونشاطهم الغير هادف مع عدم احترامهم للقواعد الاجتماعية وضعف تركيزهم ولذلك فهم يعانون من الإحباط الشديد والمستمر. (Beiser. Et al, 2000)

فنحن نلاحظ أن الأطفال ذوي النشاط الزائد عندما يقعوا في خلاف أو مشكلة مع أصدقائهم فإن استجابتهم في هذه المواقف تكون استجابات انفجارية غاضبة فهؤلاء الاطفال لا يهتموا بالنتائج السلبية لردود انفعالهم أو تأثير ذلك على استمرارية العلاقة بينهم وبين الآخرين. (Barkley, 1997)

كما أكد كل من Hinshaw & Erhardt, (1992) أن هؤلاء الأطفال يمرون بمستويات عالية من النبذ والرفض والتجاهل والتقييم السلبي من جانب رفاقهم الذين يتساون معهم في العمر وذلك بعد فترة قصيرة من التفاعل أو التعامل معهم وذلك لتدخلاتهم المستمرة في شئون الآخرين وصعوبة اللعب مع زملائهم وذلك لعدم استجابتهم أو إتباعهم لقواعد اللعب وإنتظار دورهم ولهذا ينظر إليهم بتجاهل من جانب رفاقهم أو زملائهم بمجرد التعامل معهم. (Hinshaw. Et al, 1997)

فهؤلاء الأطفال كثيرو الحركة وأيضاً التحدي تجاه الآخرين فهم دائماً ما يكونون مصدر إزعاج ومشكلات للآخرين خاصة الوالدين والمعلمين مما يقلقهم ويفقدهم أعصابهم فيتفاعلون مع أطفالهم

باستهجان ونقد ولوم مستمر وأحياناً عقاب بدني مما يؤدي إلى شعور هؤلاء الأطفال بعدم القدرة على التعامل معهم أيضاً وشعورهم باليأس والقنوط من الحياة والذي قد يؤدي به إلى لتفكير في الانتحار. (Hinshaw. Et al, 1997)

ومما سبق يتضح لنا أن الأطفال الذين من اضطراب ADHD يتعرضون للكثير من خبرات الفشل والإحباط المتكرر في مواقف الحياة المختلفة سواء في البيت أو المدرسة أو في المجتمع وإذا ما استمر ذلك دون علاج مناسب أدى ذلك إلى ظهور مشكلات واضطرابات أخرى لدى الطفل.

لذا سوف يتم عرض لأهم الاضطرابات السلوكية والانفعالية المصاحبة للنشاط الزائد لدى الأطفال.

أولا: القلق:

مفهوم القلق:

القلق هو القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية، والقلق هو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو لقي إهانة أو أحبط مسعاه أو وجد نفسه في من موقف صراع حاد. ولذا يعتبر القلق من أكثر التعبيرات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، والكتابات الخاصة بمجال الصحة النفسية بوجه خاص، ومع ذلك فإن هذا المصطلح لم يكن شائعاً حتى عقد الثلاثينات من هذا القرن، وربما يعود الفضل في إذاعته إلى "فرويد" حيث استخدمه مؤسس التحليل النفسي في "محاضراته التمهيدية الأولى" (١٩١٦-١٩١٧)، وفي محاضراته التمهيدية الأخرى (١٩٣٢- ١٩٣٣)، وقد عنون به أحد كتبه.

ومصطلح القلق من المصطلحات القليلة التي يستخدمها علماء النفس من جميع الاتجاهات النظرية، أي أنه تعبير يجد إجماعاً عليه من الباحثين والكُتاب، بل أن الإجماع لا يقتصر على استخدام المصطلح والاعتراف به بل يتعدى ذلك إلى الاتفاق- بصفة عامة- على مظاهره وعلاماته.

والقلق خبرة انفعالية مكدرة أو غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية، خاصة عندما تكون نوبة القلق حادة، مثل إزدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة إفراز العرق والارتعاش في الأيدي والأرجل، كما قد يتأثر إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق.

وقد أورد "والتر ميشيل" حالة رجل يصف مشاعره أثناء نوبة القلق التي انتابته، وكان مع ابنه في الطريق عندما سرنا في ذلك المساء تحت ناطحات السحاب خيل إلي أن هذه المباني الضخمة تتأرجح وأنها سوف تسقط فوق رأسينا، ومع أنني كنت أدرك أن خوفي هذا وهم وليس له أساس في الواقع إلا أن تخيل انهيار المباني كان مفزعاً للغاية. وقد تصورت أن هذه المباني سوف تسحقني أنا والمارة والسيارات تحت ركامها. وقد خارت قواي وشعرت بضعف في رجلي بحيث أنها لم تعد تستطيع حملي ولم أعد قادراً على أن أخطوا خطوة واحدة وأصبح من المتعذر على أن أتنفس وكنت أفتح فمي طالباً للهواء.

وشعرت بزيغ في بصري وأن الدنيا قد أظلمت أمامي. كما شعرت بأن ضغطاً ما يتراكم داخل صدري ويوشك أن ينفجر. وشعرت

مرة أخرى أن المباني الضخمة سوف تنهار وتتحطم. وقد كنت خائفاً من أن يلحظ أبني ذلك الهلع الذي ينتابني.

ويتشابه القلق مع الخوف إلى درجة كبيرة فكلاهما استجابتان سلبيتان ينشأن عندما يتعرض الفرد للخطر. ولكن الباحثين يفرقون بينهما على أساس أن الخوف ينشأ عن موضوع أو مثير محدد بينما القلق ينشأ من مثير غير محدد. فإذا كان الفرد يستطيع أن يحدد الموضوع الذي يثير خوفه، فإنه يجد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه. وبناء على ذلك فإن استجابة الخوف يمكن أن تنتهي إذا اختفى الموضوع المثير للخوف، ولكن استجابة القلق تدوم فترة أطول لأنها لا ترتبط لديه بمثير محدد، بل بمواقف عامة. وقد يعمم شعور الخوف في موقف القلق إلى مواقف أخرى، ويترتب كذلك على عدم تحديد مثيرات القلق أن مواقف الخوف يمكن أن تدفع الفرد إلى أن يسلك سلوكاً معيناً للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها، أما في مواقف القلق فإن الفرد لعدم معرفته الدقيقة لما يثير القلق– فإنه يعجز عن إتيان السلوك المناسب أو الكفء لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها.

حالة وسمة القلق:

والقلق مثله مثل الإحباط عملية نفسية شائعة بين جميع الناس فكلنا يخبر القلق ويعاني منه في بعض المواقف. أي أنه خبرة يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار. وهذا يقودنا إلى التفرقة التي أصبحت معروفة ومترفاً بها في علم النفس حديثاً. وهي التفرقة بين نوعين من القلق، النوع الأول "هو القلق كحالة" أو "حالة القلق" Anxiety State، والنوع الثاني "وهو القلق كسمة" أو "سمة القلق" Anxiety Trait.

وتشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق، وباختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها أو الابتعاد عنها تنتهي حالة القلق. وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة "التهديد" أو "الخطر" (Threat) التي يدركها الفرد متضمنة في الموقف. وهي حالة أقرب– كما يظهر– إلى حالة الخوف.

أما سمة القلق فتشير إلى أساليب استجابة ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد. أي أن القلق المثار في هذه الحالة أقرب إلى أن يكون مرتبطاً بشخصية الفرد منه إلى مثيرات الموقف. ولذا يرتبط التفاوت في درجة هذا القلق بدرجة القلق التي يتسم بها الفرد أكثر من ارتباطها بحجم التهديد أو الخطر المتضمن في هذا الموقف. وهذا القلق الأخير هو الأكثر ارتباطاً بالصحة النفسية للفرد، وهو الذي يتحدث عنه العلماء كعرض للاضطرابات العصابية. ولذا يمتد في نشطاته ونموه إلى خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها الفرد أثناء التنشئة الاجتماعية. وهذا يعني أن الناس يمرون بـ "حالة القلق" إذا عرض لهم ما يقلق، ولكن بعضهم فقط هم الذين يتسمون بـ "سمة القلق".

وربما كان "كاتل" أول من أشار إلى هذين النوعين من القلق، وقد تابع "سبيلبرجر" هذه التفرقة ووضعها في إطار نظري، وأوضح أن الفرد الذي لديه "سمة القلق" يكون أكثر تنبهاً ووعياً من الآخرين لدرجة الخطر في المثيرات التي تعرض له. وقد يدرك بعض الموضوعات باعتبارها مهددة له وخطرة عليه، وهي في الواقع ليست كذلك، وتكون استجابته "القلقة" أو المعبرة عن القلق دالة على قدر الخطر والتهديد الذي أدركه.

نظريات القلق:

(١) التحليل النفسي والقلق:

كان "فرويد" من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق، بل إن إذاعة هذا المصطلح وشيوعه يعود جزء كبير منه إليه كما أسلفنا وينظر فرويد إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها على الأقل.

فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع "هي" والأفكار غير المقبولة والتي عملت " الأنا " بالتعاون مع " الأنا الأعلى" على كتبها- وهي دوافع وأفكار لا تستلم للكبت، بل تجاهد لتظهر مرة أخرى في مجال الشعور- تقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى الكابتة ممثلة في " الأنا والأنا الأعلى" لتحشد مزيداً من القوى الدفاعية لتحول دون المكبوتات إذا كانت قوية فإن لهذه القوة أثرها السلبي على الصحة النفسية، لأنها إما أن تنجح في اختراق الدفاعات والتعبير عن نفسها في سلوك لا سوى أو عصابي، أو أن تنهك دفاعات" الأنا " بحيث يظل الفرد مهيأ للقلق المزمن المرهق، والذي هو صورة من صور العصاب أيضاً.

ثم عاد "فرويد" بعد ذلك وميز في القلق ثلاث صور تقابل المنظمات النفسية الفاعلة في الشخصية حسب ما افترض في نظريته وهي "الأنا والهو والأنا الأعلى". وأنواع القلق التي تقابلها هي القلق الموضوعي والقلق العصابي والقلق الخلقي.

أ- القلق الموضوعي:

وربما كان هذا النوع أقرب أنواع القلق إلى السواء. وهو قلق ينتج عن إدراك الفرد لخطر ما في البيئة. ويكون للقلق في هذه الحالة

وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو بتجنبه أو باتباع أساليب دفاعية إزائه.

ويلاحظ أن هذا النوع من القلق يثار بفعل مثير واقعي في البيئة الخارجية، يدركه الأنا على نحو مهدد، ولذا فإن هذا القلق أقرب إلى الخوف من حيث أن كليهما يثار بفعل موضوع خارجي في البيئة ومحدد نسبياً، وهو يشبه كذلك ما أسماه "سبيلبرجر" بحالة القلق لأن من المتوقع أن الفرد حينما يدرك أحد موضوعات البيئة باعتبارها موضوعاً مهدداً أو خطراً فإنه يستجيب لذلك بدرجة من القلق.

ب- القلق العصابي:

أما القلق العصابي فينشأ نتيجة محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفاذ إلى الشعور والوعي. ويكون القلق هنا بمثابة إنذار للأنا أن يحشد دفاعه، حتى لا يصير اللاشعور شعورياً.

كان القلق الموضوعي يعود إلى مثيرات خارجية في البيئة، فإن هذا القلق يرجع إلى عامل داخلي وهو دفعات الهو الغريزية، والتي توشك أن تتغلب على الدفاعات وتحرج الأنا إحراجاً شديداً لأنها تجعله في صدام مع المعايير الاجتماعية، والعقوبات الذاتية على تجاهلها والخروج عليها، ويتجلى عدم تحديد مثيرات القلق بوضوح في حال القلق العصابي حيث تكون هذه المثيرات داخلية بل لا شعورية بعيدة عن إدراك الفرد.

ويتمثل القلق العصابي في بعض الصور منها مشاعر الخوف الدائمة التي يستشعرها الفرد في جميع المواقف حتى غير المخيف منها، وذلك نتيجة الإلحاح المستمر لغرائز الهي المكبوتة على الأنا والدفاعات، مما يجعل الفرد في حالة خوف وتوجس دائمين من أن تتغلب غرائزه، فنجده يتجنب كثيراً من المواقف ويتسم سلوكه بالعزلة والانطواء، ويستنفذ جزءاً كبيراً من طاقته في تعزيز دفاعاته، وبالطبع

فإن الفرد يتسبب على هذه الموضوعات الخارجية في الموقف ـ ـ ات التهديد والخطر، مع أن التهديد والخطر ينبعثان من داخله.

ومن صور القلق العصابي أيضاً "الفوبيا" (Phobia) وهي الخوف الزائد من أشياء ليس لها أن تولد الخوف فضلاً عن الخوف الزائد. مثل السيدة التي تمتلئ رعباً من منظر القطط أو بعض الحيوانات أو الحشرات، أو الرجل الذي لا يستطيع أن ينظر من مكان مرتفع، أو يستبد به الخوف الشديد إذا وجد نفسه في مكان مغلق أو مكان متسع. وهي مشاعر ترتبط بملابسات إثارة بعض الدوافع في الطفولة تعرضت للنسيان فيما بعد.

كذلك من ضروب القلق العصابي تراكم مشاعر القلق المكبوت نتيجة عمليات الكبت الشديدة الممارس عليها، ثم التعبير عن هذه المشاعر في مناسبات عادية أو إزاء موضوعات معينة. ويلعب ميكانيزم الإزاحة والنقل Displacement دوراً في هذا القلق لأنه يزيح مشاعر القلق الحبيسة ويلصقها بموضوع ما، ومن الصور الشهيرة في هذا النوع من القلق ما يحدث في هيستريا التبدين، حيث تمثل الأعراض الهستيرية تعبيراً عن قلق مكبوت، لأنه يرتبط بإشباع غريزي محرم، وفي خلال النوبة الهستيرية يمكن تحقيق نوع من الإشباع البديل من وراء القوى الكابتة.

ج.القلق الخلقي:

وهذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترف أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى. أي أن هذا النوع يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفعات إلهي الغريزية. ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل والاشمئزاز.

ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصبة كعصاب الوسواس القهري. الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة للأنا الأعلى. ويخاف أكثر ما يخاف من لوم ضميره القاسي.

وبالطبع يمكن أن نتوقع أن الأطفال الذين يعيشون في ظل أساليب تنشئة والدية معينة هم الذين يعانون من الأنا الأعلى المتزمت. وهم الذين يكونون عرضة لهذا النوع من القلق، وتتسم هذه الأساليب التربوية غالباً بالصرامة أكثر ما تتسم بالتسامح، وتنشد المستويات المثالية من السلوك الخلقي أكثر مما تتعامل مع المستويات الواقعية السائدة، وتلجأ إلى الحساب الشديد عند مخالفة القواعد بدلاً من التفهم وتقدير الظروف.

أما التحليليون الآخرون فقد تناولوا القلق من زوايا مختلفة، فقد تحدثت "كارين هورناي" عن القلق الأساسي وهو قلق يخبره الطفل إذا لم يحصل على إشباع دائم ومستقر وحان من جانب الأم. وهذا القلق الأساسي يتعرض له كثير من الناس، ويولد بعض الحاجات العصابية ومن يستطيع أن يحقق التوازن بين هذه الحاجات يتسم سلوكه وشخصيته بالسواء، أما من يفشل في إحداث هذا التوازن ينتهي به الأمر – كما أوضحنا من قبل– إلى صور لا سوية من السلوك يغلب عليها طابع العدوان أو العزلة أو الخضوع.

أما "الفريد أدلر" وكان من أتباع فرويد وانشق عليه وألف مدرسه علم النفس الفردي، فيرى أن القلق يتولد عن شعور الفرد بالنقص والعجز.

وهو شعور حقيقي يستشعره الطفل عندما يقارن بين إمكانياته وإمكانيات الكبار المحيطين به، وتستولي عليه نتيجة لذلك مشاعر الدونية. ويحاول الطفل أن يتغلب على هذا النقص بالتعويض. فإذا نجح التعويض احتفظ الفرد بشخصيته في الإطار السوي، أما إذا فشلت المحاولات التعويضية، فنحن أمام صورة من صور اللاسواء.

أما التحليليون الآخرون مثل "أريك فروم" و"سوليفان" فهما يؤكدان طبيعة العلاقات الاجتماعية التي ينشأ في وسطها الطفل، ويذهبان إلى أن القلق ينشأ من أن تكون هذه العلاقة على نحو مهدد للفرد. فإذا اتسمت هذه العلاقات بالتسلطية أو بالتباعد، فإن الفرد يشعر بمشاعر الاغتراب والعزلة. والطفل في هذا الموقف يتنازعه دافعان أحدهما يدفعه إلى أحضان الوالدين حيث الأمن والدفء والآخر يدفعه بعيداً عنهما طلباً للاستقلال. ويمكن أن يستشعر الفرد القلق من الصراع بين التبعية والاستقلال.

أما "أتورانك" فيرى أن في كل موقف يجد الفرد نفسه فيه مضطراً إلى الانفصال عن موضوع ما، فإنه يشعر – بتأثير الانفصال – بمشاعر القلق، لأن هذا الموقف يعيده أو يذكره بالصدمة الأولى أو بموقف القلق الأول والنموذجي، وهو صدمة الميلاد حيث انفصل عن الأم وكان عليه أن يغادر بيئة رحيمة آمنة إلى حد كبير إلى بيئة تحفل بالعديد من المثيرات الجديدة عليه.

(٢) المدرسة السلوكية والقلق:

أما المدرسة السلوكية، لأنها مدرسة تعلم، فإنها تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة إلى يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وهي وجهة نظر مباينة تماماً لوجهة نظر التحليل النفسي. فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات الهو (الغرائز) والأنا (الذات الواعية) والأنا الأعلى (الضمير) كما يفعل التحليليون. بل أنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف. وبذلك الخوف. وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور. وعندما ينسى الفرد مثل هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي. ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم، الذي هو القلق.

وقد استطاع "جون واطسن" زعيم المدرسة السلوكية أن يخلق خوفاً لدى الطفل "ألبرت" الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهراً، وكأن قد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط واطسن رؤية الطفل لهذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عال ومفاجئ وبعد الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يسر لرؤيته من قبل. ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها، ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للخوف، مع تعرض رابطة الاشتراط إلى النسيان.

٣) المدرسة الإنسانية والقلق:

أما المدرسة الإنسانية، وهي الاتجاه الثالث الرئيسي في علم النفس فإنها تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، ولذا تركز دراساتها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل الإرادة والحرية والمسئولية والابتكار والقيم.

وترى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده، وذاته كإنسان، وكائن متغير عن الكائنات الأخرى. وكفرد يختلف عن بقية الأفراد. وعلى كل إنسان يسعى لتحقيق هذا الوجود، لأن هذا هو الهدف النهائي الذي يجب أن يوجه الإنسان في الحياة، ولذا فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه.

وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس التحليل النفسي والسلوكية التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي. ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هـذه المدرسـة بحـث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده.

وإذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى، فإنه سيكون فريسة للقلق. ويرتبط فشل الإنسان في الاهتداء إلى مغزى لحياته بالتناقضات القائمة في المجتمعات الصناعية الكبرى التي تتسم بدرجة واضحة من عـدم التكافؤ بين العمال وأرباب العمل مما يجعل الإنـسان الفـرد يـشعر بالضآلة والعجز والعزلة.

القلق والأداء:

كان أثر القلق على أداء الفرد لمختلف الأعمال موضوعاً لعدد من الدراسات المتنوعة في إطار أن القلق دافع، بمعنى أن الـتخلص مـن القلق أو تخفيض درجته يعتبر من أقوى الدوافع. وقـد تمـت معظـم تجارب التعلم بالاستفادة من دافع التخلص من القلق أو التخفيض مـن حدته. وظهر أن الحيوانات التي كان يسمح لها بالتخلص مـن القلـق بإتاحة الفرصة لها بتجنب المثيرات المؤلمة كانت تتعلم أسرع من تلك التي لم يكن يسمح لها بذلك.

ولكن العلاقة بين القلق والأداء ليست علاقة بسيطة أو مستقيمة، بل أنها علاقة منحنية.

يعمل القلق في كثير من المواقف وكأنه جهـاز إنـذار مبكـر، وينشط الكائن لكي يبذل جهداً لينجز ما أمامه أو ليجد حلاً لما يواجهه. فالقلق باعتباره خوفاً مرتبطاً بعقوبة أو بخبرة غير سارة يجعل الكائن أكثر تنبهاً ويقظة حتى يتجنب هذه الخبرة المؤلمة. وكما أن القلق يمكن أن يحمي الكائن من الألم بزيادة وعيه ونشاطه ليتجنب مصادر القلـق فإنه يحميه أيضاً من بعض الحالات بتخفيض درجة وعيه حتى لا ينتبه

إلى ما يكدر صفوه. وعلى هذا فإن للقلق آثاره المتمثلة في التيقظ الإدراكي (Perceptual Vigilance) وآثاره المتمثلة في الدفاع الإدراكي (Perceptual Defens).

وقد أوضح الباحثون منذ زمن طويل طبيعة العلاقة بين القلق والأداء، فمنذ ما يقرب من ثمانين عاماً أوضح كل من "يركس ودودسون" في عام ١٩٠٨، أن إثارة القلق عندما تكون منخفضة أو غائبة فإن أداء الفرد يكون ضعيفاً أو غير كاف. كذلك فإن الإثارة عندما تكون قوية جداً فإن الأداء يتدهور، وهو أمر يسهل ملاحظته في الحياة اليومية فالطالب الذي لا يبالي ولا يهتم بالامتحانات أي ينعدم لديه القلق إزاء الامتحان قد لا يبذل جهداً للتحصيل والاستيعاب، وبالتالي يكون عرضة للفشل والرسوب، كذلك فإن الطالب الذي يقلق بدرجة عالية إلى حد الفزع من الامتحان ويشتد خوفه يسوء تحصيله وينسى الكثير مما استوعبه ويتدنى مستوى إجاباته في الامتحان ويكون عرضة للفشل والرسوب أيضاً. وهذا يعني أن هناك قدراً متوسطاً أو معتدلاً من القلق يكون مطلوباً ليشحذ همة الفرد ويرفع من مستوى أدائه.

وبذلك يكون للقلق تأثيران متباينان على الأداء، التأثير الميسر والتأثير المعوق. فإذا كان درجة القلق متوسطة وفي الحدود المعتدلة كان تأثيرها أقرب إلى التيسير، ويحدث في مجال المهارات الحركية كما يحدث في مجال الأنشطة الذهنية. وقد أوضحت ذلك البحوث التي تناولت أداء الرياضيين، وكذلك أداء العمال الذين يعملون على آلات معقدة، وأيضاً أداء الطلبة في الامتحانات. كما أن القلق الشديد يؤثر سلبياً على الأداء في كل هذه الحالات.

ومن الصور التي أصبحت معروفة الآن للقلق ما يسمى بقلق الاختبار (Test Anxiety) وحي حالة القلق التي تنتاب الفرد حينما يقف

في موقف الاختبار، وتكون قدراته موضوع فحص وتقييم. وهو إن كان نمطاً من القلق أقرب إلى قلق الحالة، فإنه يرتبط أيضاً بقلق السمة، حيث يكون الأفراد من ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق أكثر عرضة للشعور بالقلق في مواقف الاختبار من غيرهم. ومن الآثار السلبية لقلق هذا النوع من القلق لا يستفيدون من الآثار الإيجابية أو الميسرة للقلق.

علاج القلق:

كان نوع القلق فإنه يحتاج إلى طرق علاجية مختلفة تظهر فيما يلي:

١-احترام وقت الراحة ومحاولة تجديد الحياة باستمرار سواء بالنزهة أو الانتقال من مكان إلى آخر.

٢-ممارسة الرياضة في أبسط صورها إذا لم يجد أسلوب آخر خاصة أن المجهود العضلي من حدة المجهودات الذهنية ويساعد على التغلب على الأرق.

٣-ضرورة الانفعال عند الإنسان سواء عندما يثق في شرح المشكلة أو الكتابة أو القيام بالأعمال الفنية التي يتخلص منها من المشاعر الضارة والانفعالات الحادة.

٤-إن سماع الموسيقى الهادئة أو مقطوعات من الشعر أو ما إلى ذلك يساعد الإنسان على النوم الهادئ وقد أثبتت الأبحاث المختلفة التي أجريت على المصابين بالتوتر صحة هذا.

٥-الاسترخاء من أهم أشكال العلاج النفسي وهي عبارة عن تنظيم التنفس وترك الشد العضلي في هدوء وكل هذا في حالة ممارسته لدقائق معدودة فإنه يؤدي إلى التخلص من القلق وما يصاحبه من انفعالات.

والحال فإن مناقشة أسباب القلق خطوة أولى لنمو العلاج.

ثانيا: مشكلة الخوف:

الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الطفل عندما يشعر بالخطر ويكون مصدر هذا الخطر داخلي من نفس الطفل أو خارجي من البيئة.

أسباب الخوف:

١- تخويف الطفل، فيلجأ بعض الكبار إلى تخويف الطفل كي يمارس ما يريده الوالدين مثل أن يقول الوالدين للطفل: أن لم تنم فسنأتي لك بالوحش أو الذئاب وبإحاطة الطفل بذلك الخوف يشعر بالنقص وبفقدان الثقة بالنفس ومن ثم الخوف.

٢- السخرية من الطفل الخائف والضحك عليه أمام الآخرين.

٣- جهل الطفل بحقيقة الأشياء التي يخافها أو الأحداث التي يسمع عنها.

٤- تقليد الطفل للوالدين أو الأخوة أو مما شاهده في وسائل الإعلام كالأفلام.

٥- يخاف الطفل أحياناً لجذب انتباه والديها ومعلميه خاصة إذا كان الطفل يفتقد لمشاعر الحب والحنان وعندما يستجيب الوالدين لذلك يدعمان فكرة الخوف لديه.

٦- شعور الطفل بعدم الاستقرار والأمن في الأسرة بسبب المنازعات التي تحدث بين الوالدين أو بسبب فقدان أحدهما.

٧- الاهتمام الشديد من قبل الوالدين والانزعاج الواضح يغرس لدى الطفل الخوف ويدعمه.

علاج مشكلة الخوف:

١- الامتناع عن السخرية مما يخاف منه الطفل.

٢-أن نناقش الطفل بالموضوع الذي يخاف منه ولا نطلب منه نسيانه لأنه سبقى يخيفه ويسبب له القلق.

٣-تشجيعه على التحدث عن ما يخيفه.

٤-تعريض الطفل للموقف بالتدريج مع وجود الأم.

٥-الابتعاد عن تخويف الطفل واستثارته عندما لا يقوم بعمل ما أو عندما نريد منه أن يكف عن عمل سيء.

٦-إشعار الطفل بالأمن النفسي داخل المنزل وإبعاده عن المشاحنات الأسرية.

٧-استخدام أسلوب النمذجة: وذلك بأن نحضر للطفل فيلماً لأطفال شجعان يتخلله مثيرات تخيفه ومع التكرار سيقوم الطفل بتقليدهم.

٨-أن لا تشعر الطفل بخوفك من شيء ما لأنه يكتسب منك تلك الصفة.

٩-يجب تفقد مكتبة الطفل السمعية والمقروءة والبصرية فقد يكون لديه ما يشعره بالخوف أما صور لبعض الحيوانات المخيفة أو أفلاماً مرعبة.

ثالثا: مشكلة التبول اللاإرادي:

التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة ويعني عدم قدرة الطفل على السيطرة على مثانته فلا يستطيع التحكم في انسياب البول. فإذا ما تبول الطفل في فراشه أثناء نومه سمي تبولاً ليلياً وإذا تبول أثناء لعبه أو جلوسه أو وقوفه سمي تبولاً نهارياً.

ولا يعد تبول الطفل لا إرادياً حتى سن الخامسة مشكلة ولا يعد تبليل الطفل لفراشه وملابسه مرات قليلة مشكلة ما لم يتكرر العرض.

أسباب التبول اللاإرادي:

١-الأسباب الفسيولوجية والعضوية:

كأمراض الجهاز البولي المتمثلة في التهاب المثانة أو التهاب قناة مجرى البول أو ضعف صمامات المثانة وربما التهـاب الكليتـين أو بسبب التهاب فتحة البول أو تضخم لحمية الأنف حيث تسبب للطفـل صعوبة في التنفس أثناء النوم يؤدي إلى الإجهاد واستغراق الطفل في النوم مما يؤدي لإفراغ هذه المثانة أثناء استغراق الطفل في النوم ممـا يؤدي كذلك بسبب فقر الدم ونقص الفيتامينات إذ يؤدي الضعف العـام لعدم السيطرة على عضلات المثانة وكثرة شرب السوائل قبل النوم.

٢-أسباب وراثية:

يلعب العامل الوراثي دوره في حدوث هذه المشكلة، فيرث الطفل هذا السلوك من والديه فهناك دلائل تحتاج إلى تأكيدات تشير إلى وجود علاقة وراثية بين الآباء والأطفال وفي مشكلة التبول اللاإرادي كمـا أن هناك علاقة بين تبول الأطفال وتبول أخوة لهم.

كما أن الضعف العقلي الناتج عن خلل كرومـوزومي يـصاحبه غالباً تبول لا إرادي.

٣-أسباب اجتماعية وتربوية:

- تقصير الأبوين وعجزهم في تكوين عادة ضبط البول لدى الطفل عدم مبالاة الوالدين بمراقبة الطفل ومحاولة إيقاظـه لـيلاً فـي الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده للذهاب إلى الحمام قبل النوم.
- سوء علاقة الطفل بأمه الذي يعود للأم مما يجعل تدريب الطفل على التحكم بعضلات المثانة أمراً صعباً.

- الاهتمام المبالغ فيه في التدريب على عملية الإخراج والتبـول، والنظافة وإتباع أسلوب القسوة والضرب والحرمان كـي يـتعلم الطفل التحكم في بوله.
- تعويد الطفل على التحكم في بوله في سن مبكرة وقـد وجـد أن حالات التبول اللاإرادي تنتشر بشكل أفضل لدى الأمهات اللاتي يبكرن في عملية تدريب أطفالهن على التحكم في البول.
- تدليل الطفل أو حمايته والتسامح معه عندما يتبول وهذا يعـزز لدى الطفل هذا السلوك ويعتقد أنه على صواب.
- التفكك الأسري وفقدان الطفل الشعور بالأمن كترك أحد الوالدين للمنزل أو الطلاق وكثرة الشجار من الوالدين أمام الأبناء.
- وجود مشاعر الغيرة لدى الطفل كوجود منافس لـه أو زميـل متفوق عليه في المدرسة.
- وفاة شخص عزيز على الأسرة وخاصة إذا كان ممـن يعتنـي بالطفل.

٤-الأسباب النفسية:

- خوف الطفل من الظلام أو بعض الحيوانات أو الأفلام أو الصور المرعبة أو من كثرة الشجار داخل المنزل. والخوف من فقـدان الرعاية والاهتمام نتيجة قدوم مولود جديد.
- غيرة الطفل عندما يشعر أنه ليس له مكانته وأن أحـد أخوتـه يتفوق عليه فيدفع هذا الطفل إلى النكوص أي: استخدام أسـلوب طفولي يعيد له الرعاية والاهتمام مثل سلوك التبول.
- شعور الطفل بالحرمان العاطفي من جانب الأم إما بسبب غيابها المتكرر أو الانفصال بين الوالدين.

• الإفراط في رعاية الطفل وحمايته تنمي عدم ثقته في الاعتماد على نفسه وعدم تحمله مسئولية التصرفات السلبية كالتبول اللاإرادي.

ولعلاج هذه المشكلة:

١- إراحة الطفل نفسياً وبدنياً بإعطاءه فرص كافية للنوم حتى يهدأ جهازه العصبي ويخف توتره النفسي الذي قد يسبب له الإفراط في التبول والقراءة عليه بالقرآن الكريم قبل النوم أو أثناء النوم.

٢- التحقق من سلامة الطفل عضوياً وفحص جهازه البولي والتناسلي وجهاز الإخراج وإجراء التحاليل للبول والبراز والدم والفحص بالأشعة والفحص عند طبيب الأنف والأذن والحنجرة.

٣- منع الطفل من السوائل قبل النوم.

٤- التبول قبل وإيقاظه بعد عدة ساعات ليتبول.

٥- تدريبه على العادات السليمة للتبول وكيفية التحكم في البول.

٦- عدم الإسراف في تخويفه وعقابه وتأنيبه وبث الطمأنينة في نفسه وإشعاره بالمسئولية بإشراكه مع والديه والإيحاء له بأنه يستطيع السيطرة على بوله.

٧- تشجيعه عندما نجد فراشه نظيفاً واستطاع أن يذهب لدورة المياه ومكافئته إذا كان غير مبلل وأخباره أنه سيحرم من هذه المكافأة أن بلل فراشه.

٨- تجنب مقارنته بأخوته الذين يتحكمون في البول وعدم استخدام التهديد والابتعاد عن السخرية منه والتشهير به أمام الآخرين.

٩- استخدام أسلوب الكف المتبادل: ونعني به كف نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل

الاستجابة غير المتوافقة بكف النوم حتى يحدث الاستيقاظ والتبول وكف البول باكتساب عادة الاستيقاظ أي أن كف النوم يكف البوال وكف البوال يكف النوم بالتبادل.

١٠- الجديد في علاج التبول اللاإرادي كما يؤكده الدكتور: عبد الوهاب القصبي أستاذ جراحة المسالك البولية: استخدام المنظار بالنسبة لعلاج عضلات المثانة العصبية، ومن أهم ميزات هذه الطريقة أنه يتم الوصول إلى النتيجة الجراحية المطلوبة بأقل مجهود على المريض سواء صحياً أو اقتصادياً.

١١- استخدام العلاج الطبيعي بإعطاء الطفل ملعقة صغيرة من العسل قبل النوم مباشرة فهو مفيد لأنه يساعد على امتصاص الماء في الجسم والاحتفاظ به طيلة مدة النوم كما أن العسل مسكن للجهاز العصبي عند الأطفال ومريح أيضاً للكلى، وإذا زال التبول اللاإرادي للطفل مع استعمال العسل المستمر في المساء أوقف استعماله حتى ترى ما إذا كانت السيطرة على المثانة قد عادت لحالتها الطبيعية، بعدها قلل جرعة العسل بنصف ملعقة بدل من ملعقة كاملة، واحتفظ بالعسل دائماً للرجوع إليه في الأيام والمناسبات إلى تنذر بالخطر.

رابعا: اضطرابات الكلام:

قدرة الأطفال على النطق تختلف من طفل إلى آخر وتنمو من سنة إلى أخرى وبعض الأطفال يتأخرون في الكلام وبعض الأطفال يعجزونه عن استدعاء الكلمات التي يحتاجونها عند أفكارهم وبعض الأطفال يتلكئون في إخراج الكلمات أو ينطقون بها غير صحيحة، وعادة ما يصاحب هذه الاضطرابات القلق أو الارتباط والخجل والشعور بالنقص أو الانطواء وعدم القدرة على التوافق وتتعدد

أمراض الكلام ومنها: اللجلجة، التأتأة، التهتهة، الخمخمة، الخذف، العي، اللثغة.

أسباب مشاكل اضطرابات الكلام:

١- الأسباب العضوية: كنقص اختلال الجهاز العصبي المركزي واضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام، مثل اختلال أربطة اللسان، إصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف أو نزيف أو مرض عضوي أو ورم.

٢- الأسباب النفسية: وهي الأسباب الغلبة على معظم حالات عيوب النطق كما أنها تصاحب أغلب الحالات العضوية ومن هذه الأسباب: القلق النفسي، الصراع، عدم الشعور بالأمن والطمأنينة، المخاوف، الوساوس، الصدمات الانفعالية، الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.

٣- الأسباب البيئية: كتعلم عادات النطق السيئة دون أن يكون الطفل يعاني من أي عيب بيولوجي سوى اللسان أو الأسنان والشفة، فكم من طفل ثبت بعد عامه الثاني على نطقه الطفلي الذي يسمى "Baby Talk" لعدة سنوات لأن من حوله دللوه وشجعوه على استخدام هذه الألفاظ الطفلية غير السليمة.

٤- أسباب أخرى كتأخر نموه أو بسبب ضعفه العقلي أو لوجوده في بيئة تتعدد فيها اللغات واللهجات في وقت وآخر.

لعلاج مشاكل اضطرابات الكلام:

١- يجب التأكد في البداية من سبب هذا الاضطراب هل هو عضوي أو نفسي؟؟

٢- العلاج النفسي: وذلك بتقليل الأثر الانفعالي والتوتر النفسي عند الطفل وتنمية شخصيته ووضع حد لخجله وشعوره بالنقص

وتدريبه على الأخذ والعطاء حتى نقلل من انسحابه وانطوائه تشجيع الطفل على النطق الصحيح وعدم معاملته بقسوة أو إرغامه وقسره على الكلام رغماً منه وتجنب السخرية والاستهزاء من كلماته.

٣- العلاج الكلامي: وهو علاج ضروري ومكمل للعلاج النفسي ويجب أن يلازمه في أغلب الحالات وهو أسلوب للتدريب.

خامسا: مشكلة العدوان:

العدوان نوع من السلوك الاجتماعي ويهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة وإيذاء الغير أو الذات تعويضاً عن الحرمان أو بسبب التثبيط، ويعد استجابة طبيعية للإحباط وهو متعلم أو مكتسب عبر التعلم والمحاكاة نتيجة التعلم الاجتماعي ويتخذ العدوان أشكال عدة فقط يكون لفظياً أو تعبيرياً أو مباشر أو غير مباشر أو يكون جمعي أو فردي أو يكون موجه للذات وقد يكون مقصود أو عشوائي.

العدوان سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر أو الأذى بالغير وقد ينتج عن العدوان أذى يصيب إنساناً أو حيوانياً كما قد ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات ويكون الدافع وراء العدوان دافعاً ذاتياً .

وسلوك العدوان يظهر غالباً لدى جميع الأطفال وبدرجات متفاوتة ورغم أن ظهور السلوك العدواني لدى الإنسان يعد دليلاً على أنه يم ينضج بعد بالدرجة الكافية التي تجعله ينجح في تنمية الضبط الداخلي اللازم للتوافق المقبول مع نظم المجتمع وأعرافه وقيمه وانه عجز عن تحقيق التكيف والمواءمة المطلوبة للعيش في المجتمع وانه لم يتعلم بالدرجة الكافية أنماط السلوك اللازمة لتحقيق مثل هذا التكيف والتوافق – فإننا لا ينبغي أن ننزعج عندما نشهد بعض أطفالنا ينزعون نحو السلوك العدواني ، ويرى البعض أن وجود بعض العدوان لدى الناشئة في مرحلة الطفولة والمراهقة دليل النشاط والحيوية بل إنه أمر

سوي ومقبول ويرى اخرون ان الإنسان لم يكن يستطيع أن يحقق سيطرته الحالية ولا حتى أن يبق على قيد الحياة كالجنس ما لم يهبه الله قدراً كبيراً من العدوان.

وقد يكون ظهور السلك العدواني راجعاً إلى عدم اكتمال النضج العقلي والانفعالي لدى من يأتي بهذا السلوك.

لذلك فإن السلوك العدواني من طفل صغير على غيره من الأطفال وتجاه المحيطين به من أفراد الأسرة يأخذ في التضاؤل والانطفاء كلما كبر الطفل وتوفر له المزيد من فرص النمو في جوانب شخصيته المختلفة في النواحي الجسمية حين يكسب قدراً من الثقة في قدراته العقلية حيث يتوافر له المزيد من فرص النمو ولوظائفه العقلية في الإدراك والتفكير والتخيل وكلما توفر له مزيداً من فرص النمو الانفعالي فأصبح أكثر اتزاناً واستقراراً في انفعالاته.

وهكذا يمكننا القول بعدما تم ذكره آنفاً بيان خطورة السلوك العدواني ترجع إلى أنه سلوك يؤدي إلى الصدام مع الآخرين، فهو لا يعترف برغبات الآخرين ولا بحقوقهم، ولذلك فإنه سلوك يدل على سوء التكيف والسلوك العدواني يضر بكائنات أخرى بما في ذلك الإنسان والحيوان. (وفاء محمد ، ٢٠٠٠)

النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

تعددت النظريات المفسرة للسلوك العدواني نتيجة لتعدد أشكال العدوان ودوافعه، وسنعرض بعض هذه النظريات.

١ـ النظرية السلوكية:

«يرى السلوكيون أن العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن تعديله وفقاً لقوانين التعلم ولذلك وكزت البحوث والدراسات السلوكية في دراستهم للعدوان على حقيقة يؤمنون بها وهي أن السلوك

برمته متعلم من البيئة ومن ثم فإن الخبرات المختلفة التي اكتسب منها شخص ما السلوك العدواني قد تمّ تدعيمها بما يعزز لدى الشخص ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض للموقف المحبط.

وانطلق السلوكيون إلى مجموعة من التجارب التي أجريت بداية على يد رائد السلوكية «جون واطسون» حيث أثبت أن الفوبيا بأنواعها مكتسبة بعملية تعلم ومن ثم يمكن علاجها وفقاً للعلاج السلوكي الذي يستند على هدم نموذج من التعلم الغير سوي وإعادة بناء نموذج تعلم جديد سوي.» (عدنان ، ٢٠٠٦)

٢ـ نظرية التعلم الاجتماعي:

«إن هذه النظرية لا تقل أهمية عن غيرها من النظريات التي تناولت السلوك العدواني بالدراسة والبحث ويعتبر باندروا هو المؤسس الحقيقي لنظرية التعلم الاجتماعي في العدوان حيث تقوم هذه النظرية على ثلاثة أبعاد رئيسية:

أ ـ نشأة جذور العدوان بأسلوب التعلم والملاحظة والتقيد.

ب ـ الدافع الخارجي المحرض على العدوان.

جـ ـ تعزيز العدوان.

ويؤكد باندورا وهوستون (١٩٦١) على أن معظم السلوك العدواني متعلم من خلال الملاحظة والتقليد وهناك ثلاثة مصادر يتعلم منها الطفل بالملاحظة هذا السلوك وهي التأثير الأسري وتأثير الأقران وتأثير النماذج الرمزية كالتلفزيون.

ويشير كلاً من باندورا هوستون (١٩٦١) إلى أن الأطفال يكتسبون نماذج السلوك التي تتسم بالعدوان من خلال ملاحظة أعمال الكبار العدوانية بمعنى أن الأطفال يتعلمون الأعمال العدوانية عن طريق تقليد سلوك الكبار.

ويضيف البعض أن تأثير الجماعة على اكتساب السلوك العدواني يتم عن طريق تقديم النماذج العدوانية للأطفال فيقلدونها أو عن طريق تعزيز السلوك العدواني لمجرد حدوثه.

وتفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك العدواني لا يتشكل فقط بواسطة التقليد والملاحظة ولكن أيضاً بوجود التعزيز وأن تعلم العدوان عملية يغلب عليها الجزاء أو المكافأة التي تلعب دوراً هاماً في اختيار الاستجابة بالعدوان وتعزيزها حتى تصبح عادة يلجأ إليها الفرد في أغلب مواقف الإحباط، وقد يكون التعزيز خارجي مادي مثل إشباع العدوان لدافع محبط أو مكافأة محسوسة أو إزالة مثير كريه أو تعزيز معنوي مثل ملاحظة مكافأة أخررن على عدوانهم على تقدير الذات». (عواض ، ٢٠٠٣)

٢ـ نظرية التحليل النفسي:

«ينظر مكدوجل والذي يعد أول مؤيدي هذه النظرية للعدوان على أنه غريزة فطرية ويعرفه بغريزة المقاتلة حيث يكون الغضب هو الانفعال الذي يكمن وراءها ولقد افترض فرويد أن اعتداءات الإنسان على نفسه أو على غيره سلوك فطري غير متعلم تدفعه إليه عوامل في تكوينه الفسيولوجي لتصريف العلقة العدائية التي تنشأ داخل الإنسان عن غريزة العدوان وتلح في طلب الإشباع ويعتبر فرويد من مؤسسي هذه النظرية، فالنموذج الذي يقدمه فرويد هو خفض التوتر، حيث ينشط سلوك الفرد بفعل المهيجات الداخلية وتجهز عندما يتخذ إجراءاً مناسباً من شأنه أن يزيد أو يخفض المهيج.

ويرى فرويد أن البشر كائنات بيولوجية دافعهم الرئيسي هو إشباع حاجات الجسد والإنسان مخلوق موجه نحو اللذة تدفعه نفس الغرائز التي تدفع الحيوانات، ولقد اعتبر فرويد غرائز الحياة (أهمها

عنده الجنس) وغرائز الموت (أهمها عنده العدوان) هي التي تيسر الحياة.

وبالنسبة لغرائز الموت نجد أن «فرويد» يؤكد على أنها وراء مظاهر القوة والعدوان والانتحار والقتال لذا اعتبر غرائز الموت غرائز فطرية لها أهمية مساوية لغرائز الحياة من حيث تحديد السلوك الفردي حيث يعتقد فرويد أن لكل شخص رغبة لا شعورية في الموت.

ولقد ألحق فرويد العدوان بأنه يبدو كأحد الغرائز والدوافع التي تضمنت نظام اللا شعور والتي أطلق عليها الهو. وفي بداية الأمر أدرك فرويد أن العدوان يكون موجه إلى جد كبر للخارج ثم أدرك بعد ذلك أن العدوان يكون موجهاً على نحو متزايد للداخل منتهياً عند أقصى مدى إلى الموت.

٤-النظرية البيولوجية:

«تهتم هذه النظرية بالعوامل البولوجية في الكائن الحي كالصبغيات والجينات الجنسية والهرمونات والجهاز العصبي المركزي واللا مركزي والغدد الصماء والتأثيرات البيوكيميائية والأنشطة الكهربائية في المخ التي تساهم على ظهور السلوك العدواني، فقد أشارت دراسات مارك (١٩٧٠) ومساير (١٩٧٧) إلى أن هناك مناطق في أنظمة المخ هي الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسؤولة عن ظهور السلوك العدواني لدى الإنسان ولقد أمكن بناءاً على ذلك إجراء جراحات استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة من المخ لتحويل الإنسان من حالة العنف إلى الهدوء أما عن العلاقة بين الهرمونات والعدوانية فقد اتضح أن عدوانية الذكور لها مكان بيولوجي مرتبط بهرمون جنس الذكورة ومن ثم أشار جاكلين (١٩٧١) إلى أن الذكور بوجه عام أكثر عدوانية في الإناث وذلك للدور الذي يلعبه هرمون الذكورة في علاقته بالعدوان كما توصل أيضاً إلى حقيقة

هامة مؤداها أن الإناث تستطيع أن تكون أكثر عدواناً من الذكور بواسطة تعديل هرمون الذكري لديهم في فترة البلوغ». (عواض، ٢٠٠٣)

٥- نظرية العدوان الانفعالي:

هي من النظريات المعرفية وترى أن العدوان يمكن أن يكون ممتعاً حيث أن هناك بعض الأشخاص يجدون استمتاعاً في إيذاء الآخرين، بالإضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات رجولتهم ويوضحوا أنهم أقوياء وذو أهمية وأنهم يكتسبون المكانة الاجتماعية، ولذلك فهم يرون أن العدوان يكون مجزياً مرضياً ومع استمرار مكافأتهم على عدوانهم يجدون في العدوان متعة لهم،فهم يؤذون الآخرين حتى إذا لم تتم إثارتهم انفعالياً، فإذا أصابهم ضجر وكانوا غير سعداء فمن الممكن أن يخرجوا في مزح عدواني إن هذا العنف يعززه عدد من الدوافع والأسباب وأحد هذه الدوافع أن هؤلاء العدوانيين يريدون أن يبينوا للعالم وربما لأنفسهم أنهم أقوياء ،ولابد أن يحظوا بالأهمية والانتباه، فقد أكدت الدراسات التي أجريت على العصابات العنيفة من الجانحين المراهقين بأن هؤلاء يمكن أن يواجهوا الآخرين غالباً لا لأي سبب بل من أجل المتعة التي يحصلون عليها من إنزال الألم بالآخرين بالإضافة إلى تحقيق الإحساس بالقوة والضبط والسيطرة وطبقاً لهذا النموذج في تفسير العدوان الانفعالي فمعظم أعمال العدوان الانفعالي تظهر بدون تفكير فالتركيز في هذه النظرية على العدوان غير المتسم نسبياً بالتفكير ويعني هذا خط الأساس التي ترتكز عليها هذه النظرية ومن المؤكد أن الأفكار لها تأثير كبير على السلوك الانفعالي فالأشخاص الثائرين يتأثرون بما يعتبرونه سبب إثارتهم وأيضاً بكيفية تفسيرهم لحالتهم الانفعالية. (عدنان، ٢٠٠٦)

٦ـ نظرية الإحباط:

يقدم «دولار وميلر» تفسيراً للسلوك العدواني من خلال نظريتهما التي قامت على فرض الإحباط – العدوان، وتفترض هذه النظريـــة أن السلوك العدواني هو دائماً نتيجة للإحباط، وان الإحباط دائماً يؤدي إلى شكل من أشكال العدوان أي أن العدوان نتيجة طبيعية وحتمية للإحباط وفي أي وقت يحدث عمل عدواني يفترض أن يكون الإحباط هو الذي حرض عليه.

كما تؤكد هذه النظرية على أن العدوان دافع غريزي داخلي لكن لا يتحرك بواسطة الغريزة كما بينت نظرية الغرائز،بل نتيجة تـــأثير عوامل خارجية ويؤكد «دولارد» رائـــد هـــذه النظريـــة أن الـــسلوك العدواني نتيجة طبيعية للإحباط ولقد بيّن «ميلر» أن الإنسان يستجيب للإحباط باستجابات كثيرة منها العدوان، وقد لا يتسببه بحسب الظروف التي يتم فيها الإحباط كما أن العدوان غالبـــاً يحـــدث بـــدون إحبـــاط مسبق،لذا فإن من الواضح أن الإحباط قد لا يؤدي بالـــضرورة إلـــى العدوان وهذا يتوقف على طبيعة الإحباط،فقد يؤدي إلى قمع الـــسلوك العدواني خاصة إذا نظر الطفل للإحباط على أنه عقاب للعدوان.

وقد حددت هذه النظرية أربعة عوامل تتحكم فـــي العلقـــة بـــين الإحباط والعدوان وهي:

أ ـ قوة استثارة العدوان:

تتأثر قوة الاستثارة العدوانية بعدد الخبرات الباعثة على الإحباط فالعلاقة بين هذه الخبرات والعدوان علاقة طردية، وهذه العلاقة تتأثر بمتغيرات ثلاثة متداخلة هي: قوة المثير الباعث على الإحباط ، درجة إعاقة الاستجابة وتكرار الاستجابة المحبطة.

ب- كف الأفعال العدوانية:

في بعض الظروف تتحول الاستجابة العدوانية المعلنة إلى استجابة عدوانية غير معلنة ووفقاً لنظرية دولار فإن توقع العقاب في المتغيرات الأكثر فعالية في تحويل الاستجابة العدوانية المعلنة إلى استجابة عدوانية غير معلنة، أي حالة من الشعور بالعداء أو الكراهية وبالتالي كلما زاد احتمال توقع العقاب زاد تبعاً لذلك مقدار الكف لهذا الفعل.

جـ- إزاحة العدوان:

توضح النظرية أن المرء يلجأ إلى توجيه عدوانه إلى جهة أخرى غير الجهة المسؤولة عن الإحباط ولذلك إذا ما توقع من الجهة الأولى العقاب فالطفل يعتدي على لعبته بكسرها ويفكر بفكها لأن والديه قاما بعقابه وهو غاضب منهما وغير قادر على العدوان عليهما لذلك كان الاعتداء على لعبته إزالة للعدوان الموجه لوالديه أساساً.

د- التنفيس العدواني:

التنفيس يعني إفراغ الشحنة الانفعالية الآتية من الإحباط، لذلك وفقاً لهذه النظرية فإن كف العدوان أو منعه يؤدي إلى الإحباط وبما أن الإحباط يؤدي للعدوان فإن كف العدوان يحدث استثارة عدوانية من جديد، وتصبح النتيجة عكسية في حالة إفراغ العدوان، ذلك أن إفراغ العدوان يمنع الإحباط الأمر الذي يقود إلى خفض الاستثارة العدوانية».

مظاهر السلوك العدواني:

١- يبدأ السلوك العدواني بنوبة مصحوبة بالغضب والإحباط ويصاحب ذلك مشاعر من الخجل والخوف.

٢- تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة في البيئة.

٣ـ الاعتداء على الأقران انتقاماً أو بغرض الإزعاج باستخدام اليدين أو الأظافر أو الرأس.

٤ـ الاعتداء على ممتلكات الغير والاحتفاظ بها أو إخفائها بمدة من الزمن بغرض الإزعاج.

٥ـ يتسم في حياته اليومية بكثرة الحركة، وعدم أخذ الحيطة لاحتمالات الأذى والإيذاء.

٦ـ عدم القدرة على قبول التصحيح.

٧ـ مشاكسة غيره وعدم الامتثال للتعليمات وعدم التعاون والترقب والحذر أو التهديد اللفظي وغير اللفظي.

٨ـ سرعة الغضب والانفعال وسرعة الضجيج والامتعاض والغضب.

٩ـ توجيه الشتائم والألفاظ النابية.

١٠ـ إحداث الفوضى في الصف عن طريق الضحك والكلام واللعب وعدم الانتباه.

١١ـ الاحتكاكات بالمعلمين وعدم احترامهم والتهريج في الصف.

١٢ـ استخدام المفرقعات النارية سواء داخل المدرسة أم خارجها.

١٣ـ عدم الانتظام في المدرسة ومقاطعة المعلم أثناء الشرح. **(عدنان، ٢٠٠٦)**

أشكال العدوان:

«يمكن تصنيف العدوان إلى أشكال مختلفة، وإن كان هناك تداخل بين بعضها البعض أهمها:

يقسم العدوان من إلى ثلاثة أقسام:

١ـ عدوان اجتماعي:

وتشمل الأفعال العدوانية التي يظلم بها الإنسان ذاته أو غيره

وتؤدي إلى فساد المجتمع، وهي الأفعال التي فيها تعد على الكليات الخمس وهي: النفس والمال والعرض والعقل والدين.

٢ـ عدوان إلزام:

ويشمل الأفعال التي يجب على الشخص القيام بها لرد الظلم والدفاع عن النفس والوطن والدين.

٣ـ عدوان مباح:

ويشمل الأفعال التي يحق للإنسان الإتيان بها قصاصاً، فمن اعتدى عليه في نفسه أو عرضه أو ماله أو دينه أو وطنه». **(وفيق، ١٩٩٩)**

اما من حيث الأسلوب يقسم العدوان الي:

- **عدوان لفظي:** عندما يبدأ الطفل الكلام، فقد يظهر نزوعه نحو العنف بصورة الصياح أو القول والكلام، أو يرتبط السلوك العنيف مع القول البذيء الذي غالباً ما يشمل السباب أو الشتائم واستخدام كلمات أو جمل التهديد.
- **عدوان تعبيري إشاري:** قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة، وربما استخدام البصاق وغير ذلك.
- **عدوان جسدي:** يستفيد بعض الأطفال من قسوة أجسامهم وضخامتها في إلقاء أنفسهم أو صدم أنفسهم ببعض الأطفال ويستخدم البعض يديه كأدوات فاعلة في السلوك العدواني، وقد يكون للأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوار مفيدة للغاية في كسب المعركة، وربما أفادت الرأس في توجيه بعض العقوبات.
- **المضايقة:** واحدة من صور العدوان التي تؤدي في الغالب إلى شجار وتكون أحياناً عن طريق السخرية والتقليل من الشأن.

أما من حيث الوجهة «الاستقبال».

✓ **عدوان مباشر.**

يقال للعدوان إنه مباشر إذا وجهه الطفل مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية وغيرها.

✓ **عدوان غير مباشر:**

ربما يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندّية، فيحوله إلى شخص آخر أو شيء آخر «صديق ،خادم، ممتلكات» تربطه صلة بالمصدر الأصلي، أي ما يعرف بكبش الفداء. كما أن هذا العدوان قد يكون كامناً، غالباً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكياء، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين سخريتهم منهم، أو تحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً.

من حيث توجيه العدوان:

❖ **عدوان فردي:**

يوجهه الطفل مستهدفاً إيذاء شخص بالذات، طفلاً كان «كصديقه أو أخيه أو غيره» أو كبيراً «كالخادمة وغيرها».

❖ **عدوان جمعي:**

يوجه الأطفال هذا العدوان ضد شخص أو أكثر من شخص مثل الطفل الغريب الذي يقترب من مجموعة من الأطفال المنهمكين في عمل ما عند رغبتهم في استبعاده، ويكون ذلك دون اتفاق سابق بينهم.

وأحياناً يوجه العدوان الجمعي إلى الكبار أو ممتلكاتهم كمقاعدهم أو أدواتهم عقاباً.

وحينما تجد مجموعة من الأطفال طفلاً تلمس فيه ضعفاً، فقد تأخذه فريسة لعدوانيته.

❖ **عدوان نحو الذات:**

إن العدوانية عند بعض الأطفال المضطربين سلوكياً قد توجه نحو الذات، وتهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الأذى بها.

وتتخذ صورة إيذاء النفس أشكالاً مختلفة، مثل تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو كراسته، أو لطم الوجه أو شد شعره أو ضرب الرأس بالحائط أو السرير، أو جرح الجسم بالأظافر، أو عض الأصابع، أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر.

❖ **عدوان عشوائي:**

قد يكون السلوك العدواني أهوجاً وطائشاً، ذا دوافع غامضة غير مفهومة وأهدافه مشوشة وغير واضحة، وتصدر من الطفل نتيجة عدم شعوره بالخجل والإحساس بالذنب الذي ينطوي على أعراض سيكوباتية في شخصية الطفل. مثل الطفل الذي يقف أمام بيته مثلاً ويضرب كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب، وربما جرى خلف الطفل المعتدي عليه مسافة ليست قليلة، وقد يمزق ثيابه أو يأخذ ما معه، ويعود فيكرر هذا مع كل طفل يمر أمامه، وربما تحايل عليه الأطفال إما بالكلام أو بالبعد عن المكان الذي يقف فيه هذا الطفل». (رأفت،٢٠٠٠)

الأسرة وتدعيم نزعة السلوك العدواني:

يكتسب الطفل الميل للعدوان من الأسرة بفعل العوامل التالية:

- شعور الطفل منذ صغره بأنه غير مرغوب فيه من والديه، وانه يعيش في جوز أسري عدائي بالنسبة لمعاملة والديه له.

• الحياة المنزلية التي يسودها شيء دائم بين الأبوين علــى مــرأى ومسمع من الطفل. ويلعب الآباء دوراً كبيراً في اكتساب الأطفــال السلوك العدواني من خلال محاكاة أو تقليد الأبنــاء للاســتجابات العدوانية التي تصدر عن الآباء فالطفل الذي يشاهد أبــاه يحطــم الأشياء من حوله عندما ينتابه الغضب يقوم بتقليد هذا السلوك.

ويعتقد بندورا أن الآباء الذين يتسمون بالغلظة والقسوة مع أبنائهم يتعلم أبناؤهم السلوك العدواني، كما توصل أيضاً أن الآباء الذين كانوا يشجعون أبنائهم على المشاجرة مع الآخرين وعلى الانتقام ممن يعتدي عليهم وعلى الحصول على مطالبهم بــالقوة والعنــف كانــت درجــة العدوانية لديهم أكبر من درجة العدوانية عند الآباء الذين لم يــشجعوا أبنائهم على السلوك العدواني بأي شكل من الأشكال.

وتؤكد «ليلى عبد العظيم» أن أسلوب التربية للأطفال الذين يتسم سلوكهم بالعدوانية يتميز بالقسوة والشدة المتناهية والمعارضة لرغباتهم بالمنع والقهر والإجبار وتحميلهم من المسؤوليات أكثر مما يحتملــون ومما يطيقون كما أكدت دراسة أخرى أن العدوانية لدى الأطفال ترتبط إيجابياً بشدة القسوة في العقاب والرفض وعدم التقبل وعدم الرضا من جانب الأم عن السلوكيات التي تصدر من الأبناء.

الفروق بين الجنسين من حيث العدوان:

تفيد الأخصائية حنان أن هناك فروقاً بين الجنسين فتقول «أثبتت الدراسات أن الأطفال الذكور يميلون إلى العنف ويكونون أكثر عدوانية من الإناث ويرى الباحثون أن السبب في ذلك ليس التركيب البيولوجي أو البيئي بل بعزوف أكثر مما يسمحون به عند الإناث ويعتبرونه نوعاً من الرجولة ويعزز الآباء والأمهات لا شعورياً هذا النوع من السلوك كما يكثر التسامح مع عدوان الولد وأحياناً يشجع عليــه ممــا يــدعم العدوان عند الذكور فقد تبين في كثير من الدراسات أن الأمهات أقــل

تسامحاً مع عدوان بناتهن لأن العدوان لا يتفق مع النمط السلوكي الأنثوي حسب الثقافة.

ولوحظ أن شجار البنات وعدوانهن في الغالب يكون لفظياً كلامياً ويدور حول موضوعات محددة (عتاب، غيرة، تفاخر) كما قد يتجه عدوانهن نحو أنفسهن وذلك من خلال ممارسة العقاب الذاتي والتضحية بينما يكون عدوانية الذكور فيزيقياً ويدور حول الملكية وانتزاعها والقيادة ومخالفة تعاليمها وخرقها ويتخذ شكل الهجوم الجسدي ويتجه هذا الهجوم خاصة نحو الصبيان الآخرين».

أسباب المشكلة:

١- رغبة الطفل في التخلص من السلطة ومن ضغوط الكبار التي يتحول دون تحقيق رغباته.

٢- الشعور بالحرمان فيكون الطفل عدواني انعكاساً للحرمان الذي يشعر به فتكون عدوانيته كاستجابة للتوتر الناشئ عن استمرار حاجة عضوية غير مشبعة أو عندما يحال بينما يرغب الطفل أو التضييق عليه أو نتيجة هجوم مصدر خارجي يسبب له الشعور بالألم. أو عندما يشعر بحرمانه من الحب والتقدير رغم جهوده المضنية لكسب ذلك فيتحول سلوكه إلى عدوان.

٣- الشعور بالفشل: أحياناً يفشل الطفل في تحقيق هدفه أكثر من مرة مثلاً عندما لا ينجح في لعبه يوجه عدوانيته إليها بكسرها أو برميها.

٤- التدليل المفرط والحماية الزائدة للطفل فالطفل المدلل تظهر لديه. المشاعر العدوانية أكثر من غيره، فالطفل عندها لا يعرف إلا الطاعة لأوامره ولا يتحمل الحرمان فيتحول سلوكه إلى عدوان.

٥- شعور الطفل بعدم الأمان وعدم الثقة أو الشعور بالنبذ والإهانة والتوبيخ.

٦- شعور الطفل بالغضب فيعبر عن ذلك الشعور بالعدوان.

٧- وسائل الإعلام المختلفة وترك الطفل لينظر في أفلام العنف والمصارعة الحرة يعلم الطفل هذا السلوك.

٨- تجاهل العدوان من قبل الوالدين فكلما زادت عدوانية الطفل كان أكثر استعداداً للتساهل مع غيره من الأطفال.

٩- غيرة الطفل من أقرانه وعدم سروره لنجاح الغير يجعله يسلك العدوان اللفظي بالسب والشتم أو العدوان الجسدي كالضرب.

١٠- شعور الطفل بالنقص الجسمي أو الاقتصادي عن الآخرين وشعوره بالإحباط.

١١- رغبة الطفل في جذب الانتباه من الآخرين باستعراض قواه أمامهم.

١٢- العقاب الجسدي للطفل يعزز ويدعم في ذهنه أن العدوان والقسوة شيء مسموح به من القوي للضعيف.

لعلاج المشكلة:

١- تجنب أسلوب التدليل الزائد أو القسوة الزائدة حيث أن الطفل المدلل اعتاد تلبية رغباته جميعها والطفل الذي حرم الحنان وعومل بقسوة كلاهما يلجأن للتمرد على الأوامر.

٢- لا تحرم الطفل من شيء محبب إليه فالشعور بالألم قد يدفعه لممارسة العدوان.

٣- يشعره بثقته بنفسه وأنه مرغوب فيه وتجنب إهانته وتوبيخه أو ضربه.

٤- قد يلجأ الطفل لجذب انتباهك فإذا تأكدت من ذلك تجاهل هذا السلوك فقط في هذه الحالة.

٥- قد يكون طفلك يقلد شخصاً ما في المنزل يمارس هذا العدوان أو يقلد شخصية تلفزيونية أو كرتونية شاهدها عبر التلفاز فحاول إبعاد الطفل عن هذه المشاهد العدوانية.

٦- اشرح له بلطف سلبية هذا السلوك وما النتائج المترتبة على ذلك.

٧- دعه ينفس عن هذا السلوك باللعب ووفر له الألعاب التي تمتص طاقته وجرب أن تشركه في الأندية الرياضية.

٨- عزز السلوك اللاعدواني مادياً أو معنوياً.

٩- إبداء الاهتمام بالشخص الذي وقع عليه العدوان أمام الطفل العدواني حتى لا يستمر في عدوانيته.

١٠- حاول تجنب أساليب العقاب المؤلمة مع الطفل العدواني كالضرب والقرص ويفضل استخدام أسلوب الحرمان المؤقت بمنعه مثلاً من ممارسة نشاط محبب.

الفصل الرابع

تشتت الانتباه/ النشاط الزائد

أولا: مفهوم تشتت الانتباه /النشاط الزائد.

ثانيا: انتشار اضطراب تشتت الانتباه /النشاط الزائد..

ثالثا: أسباب اضطراب تشتت الانتباه /النشاط الزائد..

رابعا: التشخيص.

خامسا: العلاج.

الفصل الرابع

تشتت الانتباه /النشاط الزائد

مقدمة:

يشكل التعامل مع الأطفال المصابين تشتت الانتباه /النشاط الزائد. تحدياً كبيراً لأهاليهم ولمدرسيهم في المدرسة، وحتى لطبيب الأطفال والطفل نفسه، فأحياناً يكون عند الأطفال المصابين بهذه الحالة مشكلة في عدم قدرتهم على السيطرة على تصرفاتهم وأخطر ما في الموضوع تدهور الأداء المدرسي لدى هؤلاء الأطفال بسبب عدم قدرتهم على التركيز وليس لأنهم غير أذكياء.

وهذه الحالة لا تعتبر من صعوبات التعلم ولكنها مشكلة سلوكية عند الطفل ويكون هؤلاء الأطفال عادة مفرطي النشاط واندفاعيين ولا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق فقط، ويصاب من ثلاثة إلى خمسة بالمائة من طلاب المدارس بهذه الحالة، والذكور أكثر إصابة من الإناث، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية أحياناً للأهل، وحتى الطفل المصاب يدرك أحياناً مشكلته ولكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته، ويجب على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيد من الحب والحنان والدعم، وعلى الأهل كذلك التعاون مع طبيب الأطفال والمدرسين من أجل كيفية التعامل مع الطفل.

ولهذه المشكلة تأثير على تطور الطفل ودرجة تحصيله العلمي، فقد أثبتت كثير من الأبحاث أن نسبة كبيرة منهم يعانون من صعوبات التعلم (مثل الدسلكسيا).

أولا: مفهوم تشتت الانتباه /النشاط الزائد:

يعد اضطراب تشتت الانتباه /النشاط الزائد. أحد الاضطرابات الخطيرة في ميدان الصحة النفسية، حيث أن الأطفال ذوي اضطراب

ADHD يعانون من قصور غير عادي في التحكم بالذات وصعوبة في تركيز الانتباه وضبط مستوى النشاط، وكل ذلك يـؤدي إلـى إعاقـة خطيرة في الأداء الوظيفي في حياتهم اليومية، فمثلاً في أدائهـم فـي الفصول الدراسية وعلاقاتهم بالرفاق أو الأقران وعلاقـاتهم الأسـرية وعلاوة على ذلك فإن هؤلاء الأطفال عرضـة للخطـر مـن جـراء مجموعة متسقة من المشكلات كمـراهقين أو راشـدين فيمـا بعـد. (Carlson, et al, 1997)

وقد رأت جمعية الطب النفـسي الأمريكيـة أن تـصنف هـذا الاضطراب في فئة الاضطرابات السلوكية والانفعاليـة ذات البدايـة المتعلقة بالطفولة والمراهقة، كما أن هذا الاضطراب تظهر سماته في مرحلة الطفولة المبكرة وتكون مزمنة في طبيعتهـا ولا ترجـع إلـى أسباب بدنية أو عقلية أو انفعالية أو عاطفية، وعندما يترك الاضطراب دون علاج فإن الأطفال يتعرضون لمشكلات خطيـرة فـي مرحلـة الرشد.(Willcutt, et al., 2000)

ويستمر هذا الاضطراب من الطفولة حتى المراهقة، وفي بعض الأحيان يستمر حتى مرحلة الرشد، والصورة على المـدى الطويـل للأفراد الذين يعانون منه تتعقد بنشوء الكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى بمرور الوقت، مثل اضطرابات القلق والاكتئاب. (Biederman et al., 1996)

وبدأ استخدام مصطلح اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائـد منذ عام ١٩٧٠، وقد كان الاضطراب محصوراً منذ البداية في مرحلة الطفولة، وحديثاً أظهرت الدراسات أنه يستمر إلى مرحلة النضج فـي العديد من الأفراد. (National Mental Health Association, 2001)

وأظهرت العديد من التعريفات التي يتبناها عـدد مـن العلمـاء والمنظمات منها ما يلي:

فيعرفه حاتم الجعافرة (٢٠٠٨) على أنه اضطراب عصبي سلوكي ناتج عن خلل في بنية ووظائف الدماغ، ويؤثر على السلوك والأفكار والعواطف، ويمكن التعامل معه وتخفيف حدة أعراضه بهدف مساعدة الطفل على التعلم وضبط النفس، مما يساهم برفع مستوى ثقته بنفسه.

وغالباً ما يتم التعرف على الطفل المصاب ما بين (٥-٩ سنوات) وتستمر الأعراض في فترة الطفولة والمراهقة، مع العلم بأن فرط الحركة مرض مزمن وليس طارئ.

ويعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، الطبعة الرابعة DSM-IV أن اضطراب ADHD يتميز بثلاثة أنماط فرعية (قصور الانتباه، النشاط الزائد، قصور الانتباه/ النشاط الزائد)، ويتميز كل نمط من خلال (٦) أعراض على الأقل من تسعة، ويجب أن تلاحظ لمدة لا تقل عن ٦ شهور، وهو غالباً ما يحدث قبل سن السابعة، ويكون سلوك الطفل غير ملائم أو مناسب مع مستوى التطور. (DsM-IV, 1994, 63 & Har Jani, 1999)

وتعرفه مؤسسة الاضطرابات العصبية العالمية بأنه اضطراب عصبي سلوكي يؤثر في (٣-٥) من الأطفال الأمريكيين حيث يتدخل في قدرة الطفل على الاستمرار في مهامه وعدم ممارسة الكف المعرفي والسلوكي المناسب عمرياً. (National Institute of Neurological Disorders, 2001)

ويرى Barkley أن اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد بأنه كف سلوكي ضعيف يعرقل العمل الفعال للوظائف التنفيذية التي تضعف القدرة العامة للتنظيم والتخطيط. (Barkley, 2001)

ويشير أناستوبولوس أن اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه والاندفاعية

والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للفرد الذي يعاني منه فيكون لديه ضعف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني في مفهوم الذات. (Anastopulos, 1999)

وتعرفه أيضاً منظمة اضطراب قصور الانتباه العالمي بأنه مجموعة من الخصائص السلوكية المحددة التي تحدث بشكل ثابت عبر فترة من الوقت والسمات الأساسية الأكثر شيوعاً تتضمن عدم القدرة على استمرار الانتباه ونشاط زائد مع ضعف في ضبط الاندفاع وتأخر في الإحساس بالرضا. (National Attention Deficit Disorder Association, 2000)

ويرى Gomez & Condon (1999) أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعني ما يبديه الطفل من سلوك غير مناسب للمرحلة العمرية يمر بها، ومن فرط نشاط ونقص الانتباه واندفاعية.

ويعرف أوليفر واستينكامب هذا الاضطراب بأنه خلل وظيفي في الجهاز العصبي لدى الفرد، تؤدي إلى نمو سلوك غير مناسب يتضمنه قصوراً في الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد وظهور مشكلات في المهارات الاجتماعية، واحترام الذات ومشكلات اضطرابات نفسية وأكاديمية. (Olivier & Steenkampm ,2004)

ومن التعريفات السابقة يمكن استخلاص أن جميعها تتفق على أن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد تظهر عليهم زملة أعراض تتمثل في:

أ- صعوبة في التركيز والاستمرار في الانتباه والاحتفاظ به.

ب- قصور غير عادي في التحكم بالذات والاندفاعية.

ج- النشاط الحركي الزائد والحسي.

د- تطور هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة والرشد إلى زملة من الاضطرابات الشخصية.

فهم فئة يحتاجون إلى توجيه وإشراف خارجي، وهكذا يتضح أن اضطراب ADHD يعتبر بعيداً عن كونه اضطراباً حميداً، فهو يحمل في طياته مخاطر كبيرة بالنسبة للسلوكيات المضادة للمجتمع، وكذلك الخلل الوظيفي المعرفي والمشكلات والاضطرابات الشخصية.

ثانيا: انتشار اضطراب تشتت الانتباه/النشاط الزائد:

يعد من أكثر الاضطرابات الشائعة بين الأطفال، حيث ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جاء فيه أن نسبة كبيرة من الأطفال المحالين للعلاج فيها كانوا يعانون من هذا الاضطراب، كما بينت نتائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي إن هذا الاضطراب ينتشر بنسبة ١٠% تقريباً من أطفال العالم. (Wilens, et al., 2002)

وتشير كثير من الدراسات إلى نسب عالية من الانتشار، بحيث يوصف أنه من أكثر الاضطرابات المزمنة التي تظهر في الطفولة، وتتباين التقديرات المئوية لنسبته، حيث تقدر في بعض الدراسات (٣%) إلى (٥%). (E.G. Barkley, 1998)

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية تتراوح بين (٣٠-٧٠%) من جملة الأطفال المضطربين، وبنسبة (٣-٥%) من جملة أطفال المدارس، وذلك حسب تقدير الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ووصل تقدير أحد البحوث العلمية لهذه النسبة حوالي (٢٠%) من مجموع أطفال المدارس الأمريكية. (Pineda, et al., 1999)

وهذا ما أشارت إليه أيضاً عدد من الدراسات الحديثة، حيث أوضحت زيادة نسبة انتشار الاضطراب بين الذكور عنه لدى الإناث،

واشارت إلى أن (٨٠%) من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ADHD من البنين. (Clarke et al., 1999)

وكذلك أيد ما سبق Kantol (1995) عندما أشار إلى أن هناك أنثى واحدة مقابل تسعة ذكور يترددون على العيادات النفسية لعلاج ADHD في حين أن الإحصائية العامة لأطفال المدارس هي أنثى واحدة لكل أربعة ذكور يعانون من ADHD. (Rucklidge, 2000)

ويرجع اختلاف النسبة بين الذكور والإناث إلى أن المشكلة الأساسية عند الإناث هي عدم الانتباه والمشكلات المعرفية، في حين أن مشكلات العدوانية والاندفاع تعتبر أقل عند الإناث، مما يقلل نسبة زيارتهن للعيادات النفسية. كما تشير التقارير أيضاً إلى أن الأطفال الذين يحدثون شغف ومشكلات في الفصل معظمهم من الذكور مع ارتفاع معدل المشكلات النفسية لديهم، وهم غالباً يحولون إلى الأخصائي النفسي لتشخيصهم والنظر في حالتهم. (Barkley, 2003, 83)

وقد لوحظ أن نسبة الإصابة بالحالة تختلف حسب شروط التشخيص، ففي دول أوروبا وبريطانيا يشترط وجود الأعراض الثلاثة (فرط الحركة وقلة الانتباه والاندفاعية) مجتمعة للحصول على التشخيص، لذلك تبلغ نسبة الإصابة في الدول الأوروبية (٥%)، أما في أمريكا فلا يشترط وجود الأعراض الثلاثة الرئيسية لذلك تبلغ النسبة (١٠-٢٠%) تقريباً.

ثالثاً: أسباب اضطراب تشتت الانتباه /النشاط الزائد:

أوضحت الدراسات أن هناك العديد من العوامل المسببة لحدوث ذلك الاضطراب، وسنذكر منها التالي:

١- أسباب بيولوجية:

حيث يوجد افتراض بأن هذا الاضطراب موروث، وقد اشتقت الأدلة المؤيدة لذلك من عدة مصادر منها دراسات التوائم والتبني ودراسات الأسرة، حيث أسفرت سلسلة من الدراسات النمائية للتوائم التي أجريت في التسعينات من القرن الماضي عن وجود دليل على تقديرات عالية عن عوامل وراثية مسئولة عن حدوث الاضطراب بمعدلات تتراوح من (٧٠-٨٠%). (Tannock, 1998)

كما تشير نتائج دراسة كارني التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية واضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد إن (٥٥%) إلى (٩٢%) من أعراض هذا الاضطراب مرتبطة بعوامل وراثية، ويؤكد ذلك نتائج كثير من الدراسات التي توصلت إلى وجود اتفاق بنسبة (١٠٠%) في ظهور زملة أعراض اضطراب ADHD بين كل أربعة أزواج من التوائم المتماثلة في حين أن من بين (٦) أزواج من التوائم غير المتماثلة وجود حالة واحدة فقط من الاتفاق في ظهور زملة الأعراض هذه بين التوأمين غير المتماثلين، ولما كانت التوائم غير المتماثلة من بينها ٤ أزواج يختلفون في الجنس (ذكور، إناث)، فقد أرجع هذا المستوى المنخفض للاتفاق في ظهور الأعراض لدى هذه التوائم غير المتماثلة إلى اختلاف الجنس. (Carney, 2002)

بينما أوضحت نتائج دراسة "بلاكمان وهينشو" التي أجريت على التوائم وجود تماثل في تشخيص الاضطراب لمدى (٨١%) من التوائم المتماثلة مقارنة مع الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة المتشابهة في الجنس. (Blachman & Hinshow, 2002, 62)

ويمكن أن تؤثر العوامل الوراثية في اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد بنقل الموروثات الجينية كعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ، والتي بدورها تؤدي إلى ضعف النمو بما في ذلك

بمراكز العصبية الخاصة بالانتباه. فلقد أشار كل من "أرنولد وجنسن" (Arnold and Jensen, 1995) إلى أن بعض حالات قصور الانتباه/ النشاط الزائد ناتجة عن قصور في الجينات فيما يعرف باسم عرض ضعف كروموزسوم (Fragile x Syndrom)، وكذلك إدمان الأم للمشروبات الكحولية أثناء فترة الحمل وتعاطيها للأدوية بدون استشارة طبية. (Jensen, 2000)

٢- أسباب نفسية:

تشير الدراسات إلى وجود مجموعة من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد ومنها الضغوط النفسية والقلق والتوتر والإحباطات الشديدة واضطرابات العلاقات الأسرية، حيث أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد نشئوا في بيئات أسرية مضطربة.

فيمكن أن يوصف اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد بأنه فشل في التطبيع الاجتماعي الذي يتعلمه الطفل في غياب التسامح، كما أن ضعف القدرة على تأجيل المكافآت ونقص التوجيه من خلال الوسائل السمعية والبصرية بالنسبة للطفل والمشكلات الاجتماعية العائلية المتداخلة، كل هذا يمكن أن يساهم في ظهور اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد. (Shilton et al., 2000)

ويؤكد ذلك دراسة قام بها (Barkley, et al., 1993) استهدفت فحص العلاقة بين أسلوب المعاملة الوالدية وإصابة الطفل باضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد، وقد أوضحت نتائج دراستهم أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي يشعر الطفل بها والإهمال والرفض من قبل والديه تؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد. (Crytal, et al, 2001)

كما لوحظ أن أطفال المؤسسات الإيداعية يعانون من تشتت في الانتباه وعدم التركيز، وعدم التحكم الإرادي في السلوكيات مع حركة زائدة وتعود هذه الملاحظات إلى الحرمان العاطفي الطويل، وتزول هذه الأعراض بعد زوال الحرمان العاطفي، كما تؤدي الضغوط الشديدة واضطراب المناخ الأسري إلى تهيئة الإصابة باضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد، وهكذا تسهم الظروف الاجتماعية والنظم الأكاديمية والإسراف في تعلم الحياة الروتينية المملة إلى الإصابة بهذا الاضطراب. (Coastal et aI., 2000)

وأيضاً أشار أندرسون وآخرون (Anderson et al. 1994) أن درجة سلبية الأم وعداوتها الموجهة نحو طفلها الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد أظهرت مستويات عالية من السلوك الظاهري المضاد للمجتمع. (Gayla, 2000)

٣- أسباب بيئية:

إن إحدى وجهات النظر التي لقيت قدراً كبيراً من الاهتمام اقتراح بأن الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد نتيجة لعوامل بيئية.

حيث أن العوامل البيئية تتركز حول التسمم بعناصرها المختلفة، فقد لقيت النظرية البيئية دعماً قوياً من بحوث (Fein Gold (1973 حيث افترض أن الإضافات الغذائية (كالألوان الصناعية، المواد الحافظة، النكهات)، تثير الجهاز العصبي المركزي.

ومن ثم تؤدي إلى زيادة النشاط، حيث تم ملاحظة ٣٥٠ طفل من ذوي اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد تم إطعامهم بوجبات خاصة خالية من المواد الإضافية المشار إليها سابقاً وجاءت النتائج تشير إلى تحسين (٣٠-٥٠%) من هؤلاء الأطفال بشكل جيد.

أما الناحية السلوكية كما يؤكد (1980) ,Conners هذه النتائج من خلال مراجعة تسعة أبحاث في هذا المجال التي أوضحت تحسن المستوى السلوكي لدى الأطفال بعد تقديم وجبات خالية من النكهات، والمواد السكرية بالنسبة لهم. (Lahey, 1999)

ودعم ذلك بدراسة قام بها (Winneke et al (1989 التي هدفت إلى فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم واضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد لدى الأطفال، وأسفرت بوجود علاقة موجبة بين مستوى الرصاص في الدم ومستوى الإصابة باضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد. (Swanson et al., 2001)

كما يؤكد (Faraone et al (1997 أن هناك عوامل وظروف بيئية سيئة أخرى تسهم في حدوث الاضطراب منها مضاعفات الولادة وتسمم الحمل، وكذلك الأمراض المعدية والتدخين أثناء الحمل وتعاطي الأم للخمور وغيرها من المنشطات النفسية التي تؤدي إلى انخفاض وزن الطفل عند الميلاد والتهاب الدماغ والالتهاب السحائي والتعرض الزائد للأشعة والمواد السامة وسوء استخدام الأدوية. (Yang, 2000)

وأيضاً من الدراسات التي تتعلق بالتسمم الناجم عن البيئة تلك والتي أشارت إلى دور التسمم بالرصاص في حدوث اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد.

فعندما يأكل الأطفال مواد مشبعة بالرصاص أو يستنشقون هواء ملوث بالرصاص من عوادم السيارات، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة النشاط لديهم مع صعوبة في تركيز الانتباه، وقد تبين من بعض الدراسات أن الأطفال الذين لديهم مستويات أعلى من الرصاص كانوا أكثر قابلية لتشتت الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية. (Barlow, 2000)

رابعا: التشخيص:

إن تشخيص اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد من الخطوات الأولى في علاج هذا الاضطراب تحديد وتشخيص الاضطرابات السلوكية لمشكلة قابلة للتعامل معها يمكن أن يساعد الذين يعانون من هذا الاضطراب على ممارسة حياة طبيعية في المجالات الاجتماعية والأكاديمية. (Troller, 1999)

فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يكونون مشتتي الذهن بدرجة كبيرة ويفشلون في إتباع التعليمات أو الإجابة على الأسئلة أو الاستجابة للأوامر التي توجه إليهم، ومن بين السمات الأخرى لهذا الاضطراب وجود السلوك الاندفاعي، والتحمل الضئيل للإحباط. (Hupps & Reitman, 1999)

حيث يبدي الطفل الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد علامات نمائية غير مناسبة لعمره العقلي والزمني مرتبطة بعدم القدرة على الانتباه والنشاط الزائد حيث يظهر الطفل نشاطاً عضلياً زائداً عن الحد ومبالغ فيه مثل الجري بلا هدف أو الجري العشوائي والتململ وتعد صعوبة الاستمرار في الانتباه هي الملمح الرئيسي للاضطراب. (Himshaw & Nigg, 1999)

وتتضمن الأوصاف الإكلينيكية للأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد الشكوى من عدم القدرة على الإنصات أو الاستماع إلى التعليمات وعدم استكمال الأعمال أو الأعمال أو المهام التي يكلفون بها وسيطرة أحلام اليقظة والشعور بالملل أو الضجر بسهولة، كما يتحدثوا في غير دورهم ويقومون بتلميحات وإشارات وتعليقات طائشة دون اعتبار للعواقب أو النتائج الاجتماعية. (Mcburrnett, et al., 2001)

ويظهر على الطفل ذو اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد فرط النشاط الحركي واللفظي، فنجد هؤلاء الأطفال في حركة دائمة وغير قادرين على أن يظلوا ساكنين حتي ولو لفتترة قصيرة ، وبالنسبة للمكون اللفظي فإنه يتم التركيز غالباً على الشكوى من تحدث الطفل بدرجة زائدة عن الحد وأنه ثرثار لا يستطيع التوقف عن الكلام. (Newcron et al., 2001)

ويرى (Raoport et al. 1986) أن المصاعب المتعلقة بالسلوك الذي تحكمه القواعد تمثل ملمحاً إكلينيكاً مهماً للاضطراب، فقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يظهرون مشكلات ملحوظة، وعلى قدر كبير من الدلالة تتمثل في عدم الالتزام بالقواعد والأوامر التي يكون فيها الكبار غائبين أي عندما يكون هناك طلب متزايد للتنظيم أو الضبط الذاتي للسلوك. (Greshman, et al., 1998)

ونجد أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي شكلت لجنة خاصة من المختصين في هذا المجال مهمتها متابعة التطورات والأبحاث العلمية في هذا المجال، وبناء على ذلك وضعت المعايير التشخيصية الأساسية التي يتم على أساسها تشخيص حالات اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد، وقد نشرت الجمعية هذه المعايير في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (Lahey et al., 1997)

وعندما ننظر إلى الأطفال ذوي اضطراب ADHD نجد أن لديهم قصور في استخدام الجيد للمعلومات التي يحصل عليها الطفل من البيئة الخارجية، فهم يستجيبوا بدون تفكير ولا يملكون القدرة على مقاومة الاستجابة للمثيرات الخارجية، وهنا يظهر نشاط غير هادف متجه لأي مثير يروه أو يسمعوه دون تمييز أو تخطيط، فهم يفتقدوا إلى كف

المعلومات الحسية، كما أنهم مشتتين الانتباه من خلال أي مثير في البيئة المحيطة، ولذلك فهم لا يستمروا في أداء أي مهمة مع شيئاً آخر، ويعتبر ذلك وعياً زائداً بالمعلومات الحسية الخارجية، كما أن لديهم صعوبات في تنظيم الانفعالات ومشكلات ضبط المزاج وضبط النفس. (Barkely, 2002)

ويتضمن أيضاً أعراض هذا الاضطراب قصور في الوظائف التنفيذية والتي تتمثل في عدم القدرة على كف الاستجابة وضبط السلوك الخارجي مع عدم استبصار للذات وأيضاً قصور مرتبط بالحكم، وفي سلوك حل المشكلة، وأيضاً عدم القدرة على التنظيم الملائم للتفكير والانتباه طبقاً لتدفق المعلومات الخارجية. (Hinshaw, 2001)

خامسا: العلاج:

لا يكاد يخلو مركز من مراكز البحوث والدراسات التربوية ومراكز طب الأطفال هذه الأيام في الولايات المتحدة الأمريكية من بحث أو دراسة تهتم بعلاج اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد.

فهذه الاضطرابات محور اهتمام جميع المتخصصين الذين يتعاملون مع الأطفال سواء في المدارس أو المستشفيات أو المراكز العلاجية والتأهيلية، فعدد الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد في تزايد مستمر. (Jensen, 2001)

ولذلك فعلاج هؤلاء الأطفال يعتبر هدف رئيسي تبحث فيه العديد من الدراسات والأبحاث الذي ينحصر في العقاقير الطبية المتمثلة في المنبهات النفسية والعلاج السيكولوجي المتمثل في برامج تعديل السلوك. (Farrelly & Standish, 1996)

وعندما نفكر في تقديم العلاج لهؤلاء الاطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب فلابد ان نفكر علي مستويين جانبين من العلاج

الجانب الطبي وايضا الجانب السلوكي حتي يتم علاج الاطفال بشكل متكامل وسوف يتم شرح في السطور القادمة لنوعي العلاج الطبي والسلوكي:

أ. العلاج الطبي:

لقد اتضح سابقاً أن اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد قد يرجع سببه إلى اختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ أو في النظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، ولذلك فإن العلاج الكيميائي الذي يستخدم في هذه الحالة من خلال العقاقير الطبية بهدف في إعادة التوازن الكيميائي لهذه القواعد الكيميائية، حيث أن تأثيره يؤدي إلى رفع الكفاءة الانتباهية لدى الطفل ويقلل من النشاط الحركي الزائد. (Moore, 2002)

ومن أمثلة العقاقير الطبية المستخدمة في علاج اضطراب ADHD عقار البيمولاين، والذي يعرف تجارياً باسم سيليرت، وأيضاً عقار الميثايلفينيديت والذي يعرف تجارياً باسم ريتالين، وكذلك الدكستر وأمفيتامين، والذي يعرف تجارياً باسم ديكسادرين. (Frankenberger & Cannon, 1999)

وذكرت منظمة إريك (١٩٩٨) في منشورها الخاص بعلاج الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد أن نتائج العديد من الدراسات أكدت على أن العلاج الدوائي يخص أعراض الاضطراب لدى الطفل بشكل مؤقت وأن فوائده على المدى البعيد غير محدد. (Briggs, et al., 2000)

وأصدرت "أكاديمية طب الأطفال" في الولايات المتحدة الأمريكية (Academy of Pediatric (1976 أنه يجب التوقف عن تعاطي الأدوية المنشطة إذا لم يحدث أي تأثير إيجابي لدى الطفل. (Barnett & Labellarte, 2002)

وتقرر أيضاً المنظمة العالمية للصحة العقلية أن علاج اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد لا يجب أن يقتصر فقط على استخدام العقاقير بل لابد أن يتضمن العلاج تعديل السلوك وكيفية ضبطه والتحكم فيه حتى يمكن للطفل أن يتكيف مع من حوله. (Doherty, et al, 2000)

وأيضاً من الآثار الجانبية لبعض أنواع العقاقير تقلص بعض العضلات لدى الأطفال، حيث تتحرك العضلات بطريقة لا إرادية، وتظهر في صورة إلزامية يطلق عليها اللوازم العصبية، فإذا ظهرت هذه اللوازم العصبية لدى الطفل أثناء تناوله لهذه الأدوية فيجب في هذه الحالة وقف استخدامها فوراً. (Sack, 2000)

وما نود الإشارة إليه أيضاً أن منظمة الدواء الأمريكية تحذر من تناول جرعات كبيرة من هذه المنبهات، حيث يؤدي سوء استخدام الجرعات إلى اضطرابات خطيرة كتدمير الجهاز العصبي المركزي وتدمير أوعية القلب وزيادة ضغط الدم. (Harel & Brown, 2003)

وأخيراً اتفق العديد من العلماء نتيجة لقيامهم بدراسات في هذا المجال أن العلاج الدوائي لا يجب أن يستخدم كاستراتيجية علاج واحدة، فهو غير ملائم وغير كاف في حد ذاته لدى العديد من ذوي اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد، ولابد أن يرافقه في جميع الحالات تكتيكات لتعديل السلوك، ومن هذه الدراسات: Spencer (1995), Faraone (1996), Frobel (1998), Pliska (1999), Ratey (2000)).

ب- العلاج السلوكي:

أن الطفل الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد يقوم ببعض السلوكيات غير المقبولة، وينتج عن ذلك اضطراب في علاقة الطفل بالمحيطين به، وخاصة أقرانه مما يجعله يعاني من عدم القدرة على التكيف الاجتماعي، وأيضاً شعوره بالفشل وانخفاض

تقديره لذاته، كما أنه يشعر بالوحدة النفسية، والقلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى. (Burns & Walsh, 2003)

ومن هنا يعتبر العلاج السلوكي من أهم التكنيكات الفعالة في علاج هذا الاضطراب، فيقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم، حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية. (Carlson & Mann, 2002)

فبرامج العلاج السلوكي تساعد الطفل على خفض أو إزالة السلوك غير الملائم وزيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوك الملائم، كما أنها تساعد على تدريب الطفل على المهارات اللازمة للتعامل مع المواقف المختلفة في المنزل، والمدرسة، والمجتمع، مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التفاعل والتقبل الاجتماعي. (Cantwell, 1996)

أن العلاج السلوكي يطور فنيات ووسائل دفاعية جديدة لدى الطفل تساعده على التغلب على المظاهر والمشكلات المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد، ومن أهم هذه الفنيات أو الوسائل الدفاعية التي يطورها ضبط النفس والتحكم في الاستجابات وازدياد الدافعية والإصرار على إنجاز العمل وزيادة التركيز أثناء الأداء. (Mckee, et al., 2004)

وعادة يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال، وهو يعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه، وقد يكون التعزيز الإيجابي إما مادياً مثل مكافأة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى أو معنوياً مثل تقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه بعبارات شكر مختلفة. (Moyer, 2003)

ومن الدراسات العربية التي أثبتت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تعديل خصائص مضطربي الانتباه، وكذلك بعض الاضطرابات المصاحبة (العدوانية، القلق) دراسة "ابتسام السطحية وخالد الفخراني"

(٢٠٠١)، وهنا تشير الدراسة الي أن سبب فاعلية البرنامج السلوكي يرجع إلى أن الطفل يكون في هذا البرنامج أكثر نشاطاً وفاعلية حيث أنه يشارك بنفسه لوضع خطط لجلسات البرنامج، كما يلاحظ التغير الذي يطرأ على سلوكه وعلى أدائه للمهام التي تطلب منه مما يجعله أكثر فاعلية في تقبل ما يطلب منه.

الفصل الخامس

تشخيص وعلاج النشاط الزائد

أولا: تشخيص النشاط الزائد.

ثانيا: علاج النشاط الزائد.

- العلاج الطبي.
- العلاج بالغذاء.
- العلاج بالاسترخاء.
- العلاج السلوكي.
- العلاج المعرفي.

الفصل الخامس

تشخيص وعلاج النشاط الزائد

أولا: تشخيص النشاط الزائد:

هناك التباس بين النشاط العادي لأي طفل وبين النشاط الزائد فالنشاط، الحركة واللعب مطالب طبيعية، بل وضرورية للأطفال، فكل طفل يحب أن يلعب ويلهو، بل إن اللعب والحركة يعتبران عنصرين أساسيين من عناصر النمو الجسماني والنفسي والذهني والاجتماعي للطفل، ولكنهما ينبغي أن يكونا في حدود المعايير الطبيعية، وإلا انقلبا إلى مرض هو ما يطلق عليه اسم "فرط النشاط".

وعادة ما تظهر المشاكل السلوكية لدى هؤلاء الأطفال بشكل ملحوظ لدى الأطفال في سن دخول المدرسة، أي قبل سن سبع سنوات، حيث تلاحظ المدرسة أن هذا الطفل أو ذاك أكثر حركة من باقي التلاميذ، وأقل تركيزاً منهم، وفي معظم الحالات يتأخر تشخيص هذه الحالة إلى حين دخول المدرسة لأن الآباء يعتبرون سلوك أولادهم مفرطي النشاط طبيعياً، وربما كان السبب في ذلك هو أننا في مجتمعاتنا الشرقية نرفض الاعتراف بأن ابننا غير طبيعي، أو أنه مصاب بمرض نفسي وبحاجة إلى علاج.

وكثير من المدارس لديها أطفال يعانون من هذه المشكلة، لكن المشكلة الأكبر هي أن قلة من المعلمين لديهم المعلومات الكافية عنه، وعن كيفية التعامل مع الطفل.

فالأطفال الذين يعانون من كثرة النشاط الحركي ليسوا بأطفال مشاغبين، أو عديمي التربية لكنهم أطفال عندهم مشكلة مرضية لها تأثير سيء على التطور النفسي للطفل وتطور ذكاءه وعلاقاته الاجتماعية.

ويواجه أهل هؤلاء الأطفال صعوبات كثيرة ، فبالإضافة إلى المجهود الكبير الذي يبذلونه في التعامل مع هذا الطفل، هم متهمين من قبل الجميع بعدم قدرتهم على التربية، وكثيراً ما يلوم الآباء أنفسهم لسلوك أبنائهم الذين يتميزون بفرط النشاط، ويعتقدون أنهم أهملوا حقاً في تربية الطفل، وهو الذي أدى إلى تكوين هذه العادات السلوكية المحرجة لديه، وهذا بحد ذاته ضغط نفسي إضافي، فينتج عن ذلك قسوة على الطفل، بينما، الواقع غير ذلك.

وكثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بالطفل السيئ أو الصعب أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه، فبعض الآباء يزعجهم النشاط الزائد لدى أطفالهم فيعاقبوهم، ولكن العقاب يزيد المشكلة سوءاً، كذلك لأن إرغام الطفل على شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة.

إن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد، ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي إلى ظهور الاستجابات غير المناسبة ولذلك فهم بحاجة إلى التفهم والمساعدة والضبط، ولكن بالطرق الإيجابية، وإذا لم نعرف كيف نساعدهم فعلينا أن نتوقع أن يخفقوا في المدرسة بل ولعلهم يصبحون جانحين أيضاً، فالنشاط الزائد يتصدر قائمة الخصائص السلوكية التي يدعى أن الأطفال ذ وو الصعوبات التعليمية يتصفون بها.

كذلك فإن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة كثيراً ما يواجهون صعوبات تعليمية وخاصة في القراءة، ولكن العلاقة بينا لنشاط الزائد وصعوبات التعلم ما تزال غير واضحة، فهل أن النشاط الزائد يسبب صعوبات في التعلم؟ أم أن الصعوبات التعليمية تجعل الأطفال يظهرون نشاطات زائدة؟ أم هل أن الصعوبات التعليمية والنشاط الزائد ينتجان عن عامل ثالث غير معروف، بعضهم اقترح أن

التلف الدماغي يكمن وراء كل منهما ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعماً قاطعاً بعد.

وتتعدد وتتنوع الأدوات القياسية التي يعتمد عليها تشخيص اضطراب النشاط الزائد عن الأطفال، ويرى بشير الرشيدي وآخرون (٢٠٠٠)، عبد الله بن علي القاطعي (١٩٩٦): أنه ينبغي لبعض أعراض النشاط الزائد- الاندفاعية أو أعراض ضعف الانتباه التي تسبب هذا النمط من الاضطراب أن توجد قبل سن ٧ سنوات من العمر، على الرغم من أن كثيراً من الأفراد يتم تشخيصهم بعد وجود الأعراض عندهم لعدد من السنوات وتظهر هذه الأعراض في المنزل أو المدرسة، وتؤثر هذه الأعراض بالإخلال اجتماعياً أو أكاديمياً بما لا يتناسب نمائياً مع عمر الفرد.

ويتفق مع هذا الرأي عبد الرحمن سليمان (١٩٩٧): أن تشخيص حالات النشاط الزائد يقوم على مظاهر سلوك الطفل في الإطار الأسري والمدرسي، فإن الأطباء يعتمدون بصفة أساسية على التقارير عن تاريخ حياة الطفل في كل من المنزل والمدرسة بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة.

والمعلم يمكنه مقارنة سلوك أي طفل بسلوك زملائه الذين لا يعانون من النشاط الزائد حيث أنه أكثر صلة بالطفل حيث أنه يتعامل معه عدداً من الساعات.

ويمكنه إجراء مقارنات بين الطفل زائد النشاط وزملائه في مواقف متعددة بما في ذلك تلك المواقف المنظمة التي ثبت أنها تميل إلى استدعاء السلوك المرتبطة بالنشاط الزائد وعدم تركيز الانتباه.

ويرى محمود الهجان (١٩٩٢): أن من الأدوات المستخدمة في القياس، تقدير المعلمين، وتقدير أولياء الأمور، والملاحظة المباشرة، وتقدير الزملاء، والأجهزة، الطرق المعملية.

ويرى أيضاً أن مقاييس تقدير المعلمين تعتبر أكثر طرق القياس انتشاراً لأنها سهلة وسريعة الاستخدام، كما أن المدرسين هم أكثر المتخصصين قدرة على ملاحظة سلوك الأطفال، وردود أفعالهم، بالإضافة إلى أنهم يقضون وقتاً طويلاً مع الأطفال يتيح لهم ملاحظة مظاهر النشاط الزائد عندهم.

ويرى عبد الله صالح (٢٠٠٢): أن مدة ٦ شهور على الأقل من استمرار الأعراض السالفة بحيث تكون مصدر سوء تكيف، وعدم تناسبها مع المرحلة العمرية شرط ضروري للتشخيص.

ويؤكد Barkley (1985) على أنه لابد من تجمع عدد من المحكات التي تساعد على تشخيص النشاط الزائد والتي يحددها باركلي كما يلي:

١- شكوى الآباء والمعلمين من عدم الانتباه والاندفاعية وعدم الهدوء أو الحركة المفرطة لدى الطفل.

٢- تبدأ هذه الأعراض قبل سن السابعة.

٣- الانحراف عن المعايير العمرية بواسطة تقديرات المعلمين والآباء للنشاط الزائد لدى الأطفال، والانحراف المعياري يكون على الأقل بدرجتين فوق المتوسط.

٤- استبعاد ذوي العاهات من الصم والبكم والعمى والمعاقين حركياً وذوي الاضطراب الانفعالي الشديد.

وتعد عملية تشخيص النشاط الزائد عملية معقدة حيث لا يوجد اختبار واحد له ولا نموذج مستقل من المعلومات يطابق بمفرده أو ينكر وجود النشاط الزائد. ساندرا (Sandra, 1997)

كما أن تحديد النشاط الزائد يرتبط بتوقع معرفة ما هو السلوك المناسب نمائياً أو عمرياً وذلك في مواقف معينة. (ريزو وزابل، ١٩٩٩)

لكن التشخيص الملائم مهم لأنه يفرض المدخل المناسب للعلاج. وتشمل عملية التشخيص التاريخ الأسري- الطبي- النفسي- التحصيلي- السلوكي من خلال المقابلة بالآباء والسجلات الطبية المدرسية بالإضافة إلى واحد أو أكثر من مقاييس التقدير من خلال الوالدين والمدرسين والأقران.

وربما يستخدم بعض الإكلينيكيين اختبارات مواصلة الأداء لتقييم الانتباه والاندفاعية ولكن هذه الاختبارات بها نسبة كبيرة من السلبيات باركلي.(Barkely, 1991)

والتشخيص يتطلب أن تكون الأعراض متمثلة في أكثر من موقف وكذلك تجمع المعلومات من خلال المنزل والمدرسة ولا يؤخذ بمستوى النشاط في العيادة لأن الأطفال يتصرفون بشكل مختلف في البيئة غير المألوفة. (Mark Batshow, 1998 ،Dsmiv, 1994)

وقد أشار العديد من العلماء إلى التشخيص عن طريق الأخذ بالتاريخ الطبي للطفل، ومراحل نموه، والظروف الاجتماعية للأسرة من خلال المقابلة مع الآباء ومن خلال السجلات الطبية المدرسية. (Sandra, 1997)

وهناك العديد من الأدوات التي تستخدم في تشخيص الطفل ذو النشاط الزائد نذكر بعضها فيما يلي:

١ـ الملاحظة:

الملاحظة أداة أساسية وفعالة لجمع المعلومات عن الطفل من حيث درجة نشاطه، ومستوى الانتباه والاضطراب لديه، ومن ثم فإن للملاحظة دوراً هاماً يمكن عن طريقها اكتشاف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد.

وتذكر (Martin Herbert) أن الملاحظة Observation تعتبر من أهم أساليب التشخيص للنشاط الزائد، فالملاحظة كمساعدة إكلينيكية لجمع المعلومات من الوالدين أو المدرس في الفصل تعتبر أداة أساسية ومستنداً فعالاًلمستوى نشاط الطفل ومستوى الانتباه والاضطراب لديه كما يجب أن تحدث الملاحظة في مواقف متنوعة تشمل:

١- اللعب (الفردي- الموازي- الجماعي).

٢- في المنزل مع الوالدين والأقران والناس الآخرين.

٣- في المدرسة والفصل والفناء.

٤- في البيئة الجديدة مثل غرفة النشاط والإرشاد والسوبر ماركت.

(Martin Herbert, 1998)

أهداف الملاحظة:

- وصف سلوك الطفل بصفة عامة.
- ملاحظة المهارات في المواقف المتنوعة.
- ملاحظة أي سلوكيات شاذة مثل: ضعف المهارات البصرية- الحركية- التآزر الحركي أو الصعوبات المعرفية.

ويشير صلاح الدين الشريف (١٩٩١) إلى أن ملاحظة المعلمات لها أهميتها الخاصة في تحديد الأطفال زائدي النشاط وذلك لتوفر الفرصة أمامهن كي يلاحظن ويقارن عدداً كبيراً من الأطفال.

ويوضح Swartz & Walker(١٩٨٤) إحدى مزايا الاعتماد على ملاحظة المعلمين عند تحديد سلوك الأطفال ، لأن الفرصة تسنح لهم وحدهم كي يلاحظوا مدى واسعاً من الأنماط السلوكية بدون فرض الجو المصطنع لمواقف الاختبار.

هذا ويعد تشخيص النشاط الزائد عملية تحتاج إلى جمع ملاحظات عن الطفل من الوالدين والمعلمين والأخوة الكبار.

وفيما يلي قائمة تظهر فيها أعراض النشاط الزائد في سلوك الأطفال وعن طريق الإجابة عن هذه الأسئلة يمكن تحديد الطفل ذي النشاط الزائد حسب مرحلته.

وهذه القائمة تخص الأطفال في مرحلة الروضة "ما قبل المدرسة"

- هل يسهر الطفل باستمرار لساعة متأخرة من الليل؟
- هل يصعب نوم الطفل ويتقلب كثيراً في فراشه؟
- هل يستيقظ الطفل كثيراً – ليلاً – دون أن يكون لديه مشاكل صحية؟
- هل يتحرك الطفل أكثر من أقرانه وبصفة مستمرة؟
- هل تنتابه نوبات غضب حادة باستمرار؟
- هل يتململ كثيراً في جلسته ويبدو عليه عدم الاستقرار؟
- هل يتغير كثيراً أثناء سيره بسبب اندفاعيته؟
- هل يعاند الكبار بصفة دائمة ولا يطيع الأوامر؟
- هل يدور كثيراً حول مقعده ويقفز عليه بقدمه؟
- هل يعتاد ترك طعامه وعدم إكمال وجبته؟
- هل يقفز هنا وهناك في أي مكان يتواجد فيه؟
- هل يتعدى بالضرب على الأطفال الآخرين؟
- هل يصدر أصواتاً غير مفهومة محدثاً ضوضاء وجلبة؟
- هل يغتصب أشياء الآخرين ليلقى بها هنا وهناك دون مبالاة؟
- هل يبعثر طعامه ولعبه باستمرار؟

- هل يكثر من الصياح بدون داع؟
- هل يسهل استثارته وبكاؤه لأسباب لا تستدعي البكاء؟
- هل يصعب عليه السكون والهدوء؟

فإذا كانت الإجابة على معظم هذه الأسئلة بـ نعم على ١٥ سؤالاً فأكثر أمكن القول أن الطفل ذو نشاط زائد. (علا عبد الباقي ١٩٩٩)

كما يذكر (Martin Herbert, 1998) أن على المدرس متابعة هذه الأسئلة:

١- هل يندفع الطفل في إجابة الأسئلة بدون إظهار التفكير في البدائل؟

٢- هل يتململ الطفل حتى عندما يظهر الاهتمام بالمهام؟

٣- هل يتحدث الطفل بعشوائية؟

٤- هل يعلق الطفل على الضوضاء العارضة أو الأشياء التي بالغرفة والتي لا تتصل بالمهمة التي هي في يديه؟

٥- هل الطفل دائم الأسئلة مثل ماذا بعد؟ وما الأشياء التي أفعلها؟

٦- هل الطفل يتثاءب بعد طلب الانتباه للأنشطة؟

٧- هل الطفل يفقد أوراقه وكتبه ومثل هذه الأشياء؟

٨- هل يظهر الطفل نقصاً في المثابرة والاستمرارية؟

٩- هل الطفل يرسم بعبث في الفصل أو يرسم على يديه مثل رسم الثعابين أو أشياء أخرى؟

وفيما يلي نقدم نموذج لقائمة ملاحظة يمكن الاستعانة بها لتشخيص الأطفال ذوو النشاط الزائد.

قائمـــة ملاحظة سلـــوك الطفـــل

(إعداد: معتز المرسي المرسي)

اسم الطفل: .... نوع الطفل: (ذكر/ أنثى) ....

تاريخ التقدير: .... اسم المدرسة: ....

تاريخ الميلاد: .... الصف الدراسي: ....

العمر الزمني: .... اسم الملاحظ: الأستاذ/ ....

تعليمات:

فيما يلي قائمة من العبارات التي تصف سلوك الطفل (التلميـذ) في الفصل أو خارجه، والمطلوب منك قراءة هذه العبارات بعناية وأن تحدد تكرار تواجدها في سلوك التلميذ- لا تنس أيـة عبـارة دون أن تستخدمها في تقدير سلوك التلميذ.

العبارات (الصفات)	درجة تكرار السلوك			
	لا يحدث	نادراً	غالباً	دائماً
صعوبة الانتباه				
يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها				
يصعب عليه تركيز انتباهه في أثناء شـرح المعلم				
يجد صعوبة في إنهاء لعبة ما بدأها				
يصعب عليه تركيز انتباهه في أثناء حـل التدريبات				
ينـصرف عـن الأعمـال التـي تتطلـب الاستمرار في تركيز الانتباه.				

يسهل جذب انتباهه إلى صوت خارجي				
يبدو أنه لا يستمع إلـى الآخـرين الـذين يحادثونه				
يجد صعوبة في التركيز على مثير معين				
يطلب المعلم منه تركيز انتباهه في أثناء الشرح				
يسهل تشتيته بمجرد وجود أي مثير جديد				
يبدو عليه أنه شارد الذهن				
يكرر رسم النقط أو الخطوط دون فائدة من هذا التكرار				
يكرر كتابة الحروف أو الأرقام دون فائـدة من هذا التكرار				
يصعب عليه الانتقال من جزء معين مـن العمل إلى جزء آخر فيه				
يستمر في ترديد لفظ أو جملة بعـد انتقـال المعلم إلى لفظ أو جملة أخرى				
يستمر في الأنشطة لمدة طويلة بعد فقـدان قيمتها أو أهدافها				
يصعب عليه تركيز انتباهه عند توجيه أسئلة إليه في الفصل				
يصعب عليه التعرف علي كلمة معينة فـي جملة ما				
يصعب عليه التعرف علي حرف معين في كلمة ما				
يصعب عليه التعرف علي رقم معين فـي وسط مجموعة من الأرقام				

يجد صعوبة في فهم التعليمات والإرشادات الموجهة إليه				
التكرار				
الدرجة				
الاندفاعية	**لا يحدث**	**نادراً**	**غالباً**	**دائماً**
يندفع في فعل ما دون تفكير				
يجد صعوبة في انتظار دوره في اللعب				
يجيب عن الأسئلة قبل اكتمالها دون تفكير				
يتسرع في أداء الأعمال منه مما يزيد من أخطائه				
ينادي رفاقه في الفصل مخلاً بالنظام في أثناء شرح المعلم				
ينتقل من نشاط لآخر دون اكتماله				
يعرض نفسه للمخاطر دون أن يفكر في النتائج				
يجد صعوبة في انتظار دوره في المواقف الجماعية				
شديد الاندفاع والتهور في أعمال				
التكرار				
الدرجة				

فرط النشاط	لا يحدث	نادراً	غالباً	دائماً
كثير الحركة داخل الفص وخارجه				
يصعب عليه الاستمرار هادئاً لفترة طويلة				
يصعب عليه البقاء في مكانه حتى لو طلب منه ذلك				
يحدث حركات مزعجة داخل حجرة الدراسة				
يصعب عليه ممارسة الألعاب التـــي تتطلـــب الهدوء والالتزام				
يطلب الذهاب لقضاء بعض الحاجات خـــارج الفصل				
يتحرك حركات زائدة قد تكون خطيرة (كالقفز والجري)				
يحدث إزعاجاً وضوضاء				
يحرك يديه أو قدميه في أثناء الجلوس				
يتسلق الأشياء المحيطة به				
يشتت الآخرين بتحركاته الكثيرة غير الهادفة				
التكرار				
الدرجة				

قائمة ملاحظة سلوك الطفل: (إعداد/ معتز المرسي المرسي)

أعد الباحث هذه القائمة بهدف تشخيص التلاميذ مضطربي الانتباه /النشاط الزائد:

واضطراب الانتباه مفرط النشاط، وتبدو أعراضه في الأبعاد الثلاثة الآتية:

- البعد الأول: صعوبات الانتباه.
- البعد الثاني: الاندفاعية.
- البعد الثالث: فرط النشاط.

٢ـ تقارير المدرسين:

تتسم تقارير المعلمات بالمصداقية في معظم الأحيان، حيث تعتبر المعلمات أكثر الأشخاص اللائي يعانين من المشكلات والسلوكيات الخاصة بالطفل ذو النشاط الزائد سواء داخل الفصل أو خارجه، كما أن المعلمات أكثر قدرة على ملاحظة سلوك الأطفال وردود أفعالهم بحكم خبرتهن في العمل مع الأطفال ومقارنة سلوكهم بأقرانهم في المواقف المماثلة. (صلاح الدين الشريف، ١٩٩١)، (Pelham et al., 1993)

وتعتبر مقاييس التقدير التي يقوم المعلمون بوصف سلوك الأطفال في ضوئها من أبرز المقاييس المستخدمة في الفصل الدراسي للتعرف على ذوي النشاط الزائد من الأطفال، حيث إن مقاييس التقدير سهلة وسريعة الاستخدام كما أن المعلمين هم أكثر المتخصصين قدرة على ملاحظة سلوك الأطفال وردود أفعالهم بحكم خبرتهم الطويلة في العمل مع الأطفال، ومقارنة سلوكهم في المواقف المتماثلة والحكم عليها بدرجة قد لا يستطيع الآباء أو الأطباء الوصول إليها فالمعلمون يعملون مع أعداد كبيرة من الأطفال في الأعمال والأنشطة المختلفة

زمن ثم يمكنهم مقارنة سلوك كل طفل بالمعايير المناسبة لسنه وجماعته. (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٤)

كما أن الطفل يمكث في المدرسة حوالي ست ساعات يومياً وستة أيام في الأسبوع وبإجمالي ٤٠ أسبوعاً في العام وتتنوع المواقف في المدرسة مثل مهارات التحصيل والمهارات الاجتماعية في علاقته مع معلميه ومع زملائه. وكل هذا يشير إلى أهمية المعلم في تقييم الطفل ذي النشاط الزائد وأن المدرسة تلعب دوراً مهماً في عملية التشخيص. (Pelfam et. Al, 1993)

ومن الأدوات المستخدمة في القياس تقدير المعلمين وتقدير أولياء الأمور والملاحظة المباشرة وتقديرات الزملاء والأجهزة والطرق المعملية وبالنسبة للطرق المعملية فإنها تمدنا فقط بالقياس الكمي الكامل للنشاط الزائد ودون التعرض للظروف البيئية التي تؤثر على حدوث تكرار السلوك. (حسن الهجان، ١٩٩٢)

وتعتبر مقاييس تقدير سلوك الطفل بسيطة وسهلة الاستخدام، وتكون من أكثر الأدوات شيوعاً واستخداماً في معظم البحوث وتعتمد أساساً على تقدير الآباء والمعلمين لسلوك الطفل في البيت وفي المدرسة وهذا النوع من المقاييس يساعد على تشخيص الاضطرابات السلوكية عند الطفل.

وتكون مقاييس التقدير مرشداً سريعاً للآباء والمعلمين والأطباء نحو وجود اضطرابات سلوكية للطفل، ومدى آثارها على خصائصه العقلية والمعرفية ومستوى طموحه، كما يمكن أن تكون محكاً لفاعلية العلاج الطبي والبرامج العلاجية والإرشادية للتخلص من تلك الاضطرابات، وهذا يساعد على تحسين التوافق لدى الطفل. (السيد السمادوني، ١٩٩١).

٣ـ تقارير الوالدين:

نظراً لما يقع على الوالدين من مسئولية التعاون مع المعلمات والأطباء بهدف التشخيص السليم للطفل ذو النشاط الزائد، فإن ذلك يتطلب الاتصال ببعضهم مراراً وتكراراً لمعرفة الأعراض التي تظهر على الطفل. (Peter, Jansen, 2002)

حيث تفيد هذه التقارير في معرفة مواقفه وتفاعلاته مع كافة الأفراد ذوي العلاقة به، خاصة وأن التشخيص الفعلي يتطلب متابعة الأعراض في أكثر من موقف خلال المنزل والمدرسة، وبذلك تعتبر تقارير الوالدين من الأساليب الهامة لجمع المعلومات عن النشاط الزائد في مجال الأسرة. (علا عبد الباقي، ١٩٩٩)

٤ـ المقاييس التشخيصية:

تتعدد وتتنوع المقاييس التي يعتمد عليها تشخيص اضطراب النشاط الزائد عند الأطفال، ويرجع ذلك إلى الأساس النظري الذي تنطلق منه الأداة، ولذلك يتضح التنوع والاختلاف في الأدوات المعرفية والسلوكية والتربوية والطبية وغيرها، ومن أهم هذه المقاييس.

✓ مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم:

Children's Attention and Adjustment Survey (CAAS-S):

وقد قام بإعداد هذا المقياس وتقنينه في البيئة المصرية عبد الرقيب البحيري، عفاف محمد عجلان (١٩٩٧).

وقد وضع هذا المقياس في الأصل "لامبرث وهارتز وساندوفال" لقياس اضطراب الانتباه والنشاط الزائد واضطراب السلوك، وهذا المقياس مكوناً من صورتين، صورة للمنزل، وصورة للمدرسة، لأطفال تراوحت أعمارهم من (٤- ١٤) سنة.

✓ قائمة كونر لتقدير سلوك الطفل:

Conner's Behavior Rating Scale (CBRS):

وصفها كونر عام ١٩٦٩ بأنها التي يستخدمها المعلم لتقدير سلوك التلميذ داخل حجرة الدراسة وخارجها للأعمار من سن ٤- ١٤ سنة. (عفاف محمود عجلان، ٢٠٠٢)

وفيما يلي قائمتين من الأسئلة، كل قائمة منها تخص مرحلة عمرية من مراحل الطفولة التي تظهر فيها أعراض النشاط الزائد في سلوك الأطفال، وعن طريق الإجابة على هذه الأسئلة يمكن تحديد الطفل ذو النشاط الزائد حسب مرحلته العمرية.

■ القائمة الأولى:

وتخص الأطفال في مرحلة الروضة (مرحلة ما قبل المدرسة):

١- هل يسهر الطفل باستمرار لساعة متأخرة من الليل؟

٢- هل يصعب نوم الطفل ويتقلب كثيراً في فراشه؟

٣- هل يستيقظ الطفل كثيراً- ليلاً- دون أن يكون لديه مشاكل صحية؟

٤- هل يتحرك أكثر من أقرانه وبصفة مستمرة؟

٥- هل تنتابه نوبات غضب حادة باستمرار؟

٦- هل يتململ كثيراً في جلسته ويبدو عليه عدم الاستقرار؟

٧- هل يتعثر كثيراً أثناء سيره بسبب اندفاعه؟

٨- هل يعاند الكبار بصفة دائمة ولا يطيع الأوامر؟

٩- هل يدور كثيراً حول مقعده ويقفز عليه بقدمه؟

١٠- هل يقفز هنا وهناك في أي مكان يتواجد فيه؟

١١- هل يعتاد ترك طعامه وعدم إكمال وجبته؟

١٢- هل يتعدى بالضرب على الأطفال الآخرين؟

١٣- هل يصدر أصواتاً غير مفهومة محدثاً ضوضاء وجلبة؟

١٤- هل يغتصب أشياء الآخرين ليلقي بها هنا وهناك دون مبالاة؟

١٥- هل يبعثر طعامه ولعبه باستمرار؟

١٦- هل يشاكس أخوته وزملاؤه باستمرار؟

١٧- هل يكثر من الصياح بدون داع؟

١٨- هل يسهل استثارته وبكائه لأسباب لا تستدعي البكاء؟

١٩- هل يصعب عليه السكون والهدوء؟

٢٠- هل يبدو غاضباً متجهماً معظم الوقت؟

٢١- هل يصعب عليه الاستمرار في لعبة واحدة ولو لمدة قصيرة؟

- يجب اشتراك كل من الأب والأم والأخوة الكبار في الإجابة على هذه الأسئلة، ومن الممكن اشتراك مشرفة الروضة إذا كان الطفل ملتحقاً بالروضة.
- فإذا كانت الإجابة على معظم هذه الأسئلة ب، "نعم"- ١٥ سؤالاً على الأقل- أمكن القول أن الطفل ذو نشاط زائد؟

- **القائمة الثانية:**

وتخص الأطفال في المرحلة الابتدائية:

١- هل الطفل كثير الحركة ولا يهدأ؟

٢- هل يُحدث ضجيجاً وضوضاء باستمرار؟

٣- هل يبكي بسهولة لأسباب لا تستدعي البكاء لمن هو في مثل سنه؟

٤- هل يصعب عليه التركيز على شيء محدد؟

٥- هل ينقل انتباهه من شيء لآخر دون مبرر؟

٦- هل يبدو عليه التوتر بلا أسباب واضحة؟

٧- هل يعاند باستمرار ويخالف الأوامر؟
٨- هل يصعب عليه إكمال واجباته المدرسية باستمرار؟
٩- هل يكره الانضمام للألعاب النظامية؟
١٠- هل يصعب عليه الجلوس في مكان واحد؟
١١- هل يشكون منه زملاؤه لعدم تعاونه معهم؟
١٢- هل يبدو غير مقبول من أقرانه؟
١٣- هل يسبب إزعاجاً مستمراً لأخوته ووالديه؟
١٤- هل يشكو المعلمون من عدم انتباهه في الفصل؟
١٥- هل يغلب عليه الغضب وعدم الرضا؟
١٦- هل يصعب التنبؤ بسلوكه؟
١٧- هل يصعب على الطفل تركيز بصره على ما يفعله بيديه؟
١٨- هل مستواه التحصيلي في المدرسة أقل من أقرانه رغم تقارب مستوى الذكاء بينهم؟
١٩- هل يغلب على خطوطه عدم الانتظام؟
٢٠- هل يخرج من مقعده باستمرار بدون مبرر؟
٢١- هل يتنقل من نشاط لآخر بصورة فجائية؟
٢٢- هل يصعب عليه السيطرة على انفعالاته؟
٢٣- هل تغلب العشوائية على حركات الطفل؟
٢٤- هل يشكو المعلمون دائماً من شغب الطفل؟
٢٥- هل الطفل بلا أصحاب؟

- يجب أن يشترك في الإجابة على هذه الأسئلة كل من الوالدين والمعلمين، ويمكن إشراك الأخوة الكبار أيضاً.

- فإذا كانت الإجابة على معظم هذه الأسئلة بـ "نعم"- ١٩ سؤالاً - أمكن القول أن الطفل ذو نشاط زائد.

ثانيا: علاج النشاط الزائد:

تعددت اتجاهات علاج النشاط الزائد تبعاً لتعدد الأسباب المؤدية إليه من ناحية، ومن ناحية أخرى تبعاً لتعدد اهتمامات المتخصصين والباحثين الذين اهتموا بهذه المشكلة، فاتجه الأطباء إلى وصف العقاقير الطبية وفقاً لقناعتهم بأن المشكلة أسبابها عضوية (تلف المخ)، واتجه آخرون- من الأطباء أيضاً- إلى النصح باتباع نظام غذائي عندما اكتشفوا أن بعض أنواع من الأغذية تسبب الحركة الزائدة لبعض الأطفال.

في حين اتجه علماء النفس والصحة النفسية وأخصائيو التربية الخاصة إلى العلاج السلوكي لجميع حالات النشاط الزائد سواء التي ترجع أسبابها إلى البيئة والظروف الاجتماعية والنفسية، أو تلك التي ترجع إلى أسباب عضوية، لأن المشكلة أصبحت مشكلة سلوكية وأعراضها واضحة في السلوك، وتلك الأعراض نفسها أصبحت تشكل خطراً على معظم نواحي النمو لدى الطفل، فعلاج الأعراض وإزالتها هو هدف العلاج السلوكي.

لذا قام كثير من العلماء والباحثين بعلاج مشكلة النشاط الزائد نظراً لما لها من آثار سالبة على مناحي النمو المختلفة لدى الأطفال، فضلاً عما يسببه الأطفال ذوو النشاط الزائد من مشكلات للمتعاملين معهم من المعلمين والأقران في المدرسة، ولأسرهم أيضاً.

فغالباً ما يصاب أولياء الأمور والمعلمين بالإحباط لعدم قدرتهم على التعامل مع هؤلاء الأطفال بصورة سليمة، أو مساعدتهم على ضبط سلوكهم. (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٤)

ولهذا كانت الحاجة إلى ضرورة علاج مشكلة النشاط الزائد، ولكن العلماء قد اختلفوا فيما بينهم من حيث التوجهات العلاجية لها.

كما أن التدخل المبكر يسمح ببداية رئيسية للتعامل مع هذا الاضطراب الذي له تأثير طويل المدى للأفراد وتستمر معهم الأغراض على مرحلة المراهقة. (Barkley et. Al, 1991)

وعلى الرغم من أن النشاط الزائد وصف منذ أكثر من ١٠٠ عام إلا أنه يوجد خلافات حول فعالية الطرق العلاجية والإرشادية وطرق خفض حدة النشاط الزائد متنوعة وذلك لتنوع الأسباب ومن ناحية أخرى تبعاً لتعدد اهتمامات المتخصصين والباحثين الذين اهتموا بهذه المشكلة. (علا عبد الباقي، ١٩٩٩)

وفيما يلي وصف لأهم الأساليب والاتجاهات العلاجية التي اتبعت في علاج النشاط الزائد، مع عرض لبعض الدراسات والأبحاث التي أجريت للتأكد من مدى فاعلية كل أسلوب من هذه الأساليب.

أ. العلاج الطبي (بالعقاقير):

يمكن اللجوء إلى استخدام العقاقير في علاج الأطفال زائدي النشاط الذين يعانون من هذه المشكلة بصورة شديدة في المدرسة أو أماكن اللعب. فقد وجد أن استخدام العقاقير وبعض الأدوية ذو تأثير في تحسين سلوك الأطفال زائدي النشاط، حيث أنها تهدئ الطفل وتحسن من تركيزه وانتباهه، وهذه العقاقير لا تجعل الطفل الزائد النشاط طبيعياً ولكنها تعتبر مهدئات نفسية. (محمد عبد التواب، ١٩٩٢)

وقد ساد العلاج الطبي للنشاط الزائد في الأوساط الطبية، ويتضمن هذا النوع من العلاج إعطاء الطفل بعض العقاقير المهدئة للحد من نشاطه الحركي المفرط، وهو إيقاف مؤقت لحركة الطفل لا يلبث أن يعود إلى حالته السابقة، ولذلك يصف الأطباء جرعات متتالية من هذه المهدئات بصفة منتظمة لفترة طويلة، ولكن ظهرت آثار

جانبية سلبية على العمليات العقلية والعصبية الانفعالية للأطفال الـــذين استمروا على هذه المهدئات لفترات طويلة.

لذا ويعتبر علاج النشاط الزائد باستخدام العقاقير موضع جـــدل وخلاف. وقد أظهرت الدراسات بشكل عام أن العقاقير يمكن أن تكون فاعلة مع كثير من الأطفال ذوي النشاط الزائد من خلال تقليل مستوى النشاط والإزعاج والفوضى وتشتت الانتباه، وزيادة تركيـــز الانتبـــاه. ولكن لا يبدو أن العلاج باستخدام العقاقير يؤدي إلى تحسن القدرة على التعلم والتحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي النشاط الزائد بشكل مـــستمر (Barkley & Cunninghom, ‹Lambert et. Al, 1976 ‹Rie et. Al, 1976 1978) ورغم أن العلاج بالعقاقير قد يبدو "أسهل" وأن تأثيره مباشر إلا أن فوائده على المدى البعيد قليلة (Firestone et. al) إذ أن أساليب تعديل السلوك يبدو أنها أكثر فاعلية في تحسين الأداء الأكـــاديمي. (ريـــزو وزابل، ١٩٩٩)

لذا كان بعض الأطباء يضطر لإيقاف العلاج بعض الوقـــت ثـــم يعود إليه مرة أخرى مع إعطاء الطفل بعض المسكنات للصداع وآلام المعدة ومضادات الاكتئاب والأرق لوقف الآثـــار الجانبيـــة للأدويـــة المنبهة، ولكن من المؤسف أن أعراض المسكنات وآثارها الجانبية لم تكن أقل حدة وسوء من تلك المترتبة على المنبهات أيضاً.

وعاد الأطباء لاستخدام الأدوية المهدئة لتسكين جحركة الطفـــل وتهدئته، ولذلك وضعت العقاقير الطبية الـــشائعة الاســـتخدام تحـــت الدراسة، وقد أجريت عدة أبحاث ودراسات للتأكد من مدى جدوى تلك العقاقير في علاج النشاط الزائد لدى الأطفال.

ومن أكثر العقاقير المستخدمة في علاج اضطرابات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي هي العقاقير المنشطة المنبهة (Stimulants) مثل الأمفيتامين (دكستر وأمفيتامين) الـــذي يعـــرف تجاريـــاً باســـك

كسدرين (Dexedrine) والمثيل فينيجدات (Methyl Phenidate) وهــذه العقاقير أعطت تحسناً في نسبة كبيرة من الأطفال (الذين يعانون مــن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي) وصلت في بعض الدراسات إلى (٧٥%)، ومفعول هذه العقاقير هو تنشيط مراكز التحكم والانتباه عن طريق تنبيه قشرة المخ، مما يمكن الطفل من زيادة الانتباه والتحكم في سلوكه الحركي وهذا خلافاً لما كان يعتد من أن الأطفــال مفرطي الحركة يظهرون تفاعــل عكــسي (Paradoxical effect) مــع العقاقير المنشطة أي أنهم يهدأون بواسطة هــذه العقــاقير. (Quinton, Joanne)، (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١)، (Tom Byrne, 2000 & Kathleen, 2004)

وكذلك أشار ضياء منير الطالــب (١٩٨٧): إلــى أن اســتخدام العقاقير في العلاج بالرغم من فعاليته إلا أنه لــه أعراضــاً جانبيــة، كالأرق، وفقدان الشهية نحو الطعام، وإعاقة النمو.

ويرى حسن الهجان (١٩٩٢): أن العــلاج بالعقــاقير ذا تكلفــة اقتصادية مرتفعة إلا أن له آثار جانبية سالبة إذا استخدم على فتــرات طويلة، لذا لن يعد هو الاختيار الأول للعلاج فعلماء النفس يفــضلون تغيير السلوك باستخدام مبادئ التعلم المتكاملة.

وبعد استعراضه لنتائج الأبحاث التي شككت في جــدوى هــذه الأدوية، اقترح بيل اتجاه آخر في العلاج، وهو اســتخدام أكثــر مــن طريق للعلاج، وهو ما يطلق عليه Multitreatment (العلاج المتعــدد)، ويرى أن يكون من هذه الطرق المتعددة في علاج النشاط الزائد العلاج بالمهدئات جنباً إلى جنب مع العلاج النفسي أو السلوكي.

فقد أجري كل من (Houtter, D. & Houtter, K, 1980) عدة أبحاث على دواء الريتالين Retalin وهو من العقاقي الطبية المــستخدمة فــي علاج النشاط الزائد، وتم التتبع لعدد من الأطفال يعالجون بهذا الــدواء

لفترة طويلة، وكشفت النتائج عدم فاعلية هذا الدواء في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال، وظلت أعراض النشاط الزائد في سلوك الأطفال بعد انتهاء مدة العلاج بفترة من التتبع، وفي تقرير قدمه الباحثان نصحاً بترك الأدوية في علاج النشاط الزائد والاتجاه نحو علاج آخر يواجه سلوكيات الأطفال كما ت ظهر في المواقف الحقيقية والواقعية في المدرسة والمنزل مثل العلاج السلوكي.

وقام (Varley & Tropin, 1982) بدراسة على عينة من الأطفال ذوي النشاط الزائد في أعمار مختلفة تراوحت بين ٤– ١٥ سنة، ويعالجون بعقار المثيل فيندالت Methyl Phenidate، وبعد انتهاء المدة المقررة للعلاج أظهرت النتائج عدم تأثر مستوى النشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال بالدواء المذكور.

وتوصل لنفس النتائج (Stenfeld, 1983) عندما حاول معرفة مدى فاعلية نفس العقار المذكور في علاج النشاط الزائد لدى مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين ٨– ١٢ سنة وملتحقون بالمدارس الابتدائية ويتعاطون دواء (الميثيل فيندات) لعلاجهم من النشاط الزائد، وقد أوضحت النتائج عدم فاعلية ذلك الدواء، حيث ظلت أعراض النشاط الزائد في سلوك الأطفال بعد فترة من تناوله.

ويؤكد هذا الرأي إلهامي عبد العزيز وآخرون (٢٠٠٠): حيث أن للعقاقير دور هام في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ولكن لا ينبغي النظر إليها على أنها كل شيء في العلاج ويجب دمج الطرق العلاجية الأخرى معها.

ويتفق Kim وآخرون (٢٠٠٠): مع هذا الرأي حيث يرى أن العلاج بالعقاقير له تأثير في خفض النشاط الزائد ولكن يجب عدم الاعتماد عليه كلية والتدخل العلاجي بشكل آخر من خلال التدخل السلوكي، والمساعدة التعليمية لخفض النشاط الزائد.

ب- العلاج بالغذاء:

ينصح بعض الأطباء بعلاج النشاط الزائد لدى الأطفال، عن طريق إتباع نظام غذائي، يتضمن الامتناع عن تناول بعض الأطعمة التي تسبب الحركة الزائدة للأطفال وخاصة الحلوى التي تحتوي على الألوان الصناعية والأغذية المحفوظة التي يدخل في حفظها المواد الكيماوية. وذلك بعد أن ظهرت أعراض النشاط الزائد عند بعض الأطفال الذين يتناولون مثل هذه النوعية من الأطعمة بصفة مستمرة ولفترات طويلة ولكن بمتابعة الأطفال ذوي النشاط الزائد الذين اتبعوا هذا النظام الغذائي في سلوكهم ويبدو أن امتناعهم عن تناول هذه الأطعمة المقصودة مجرد وقاية من تكرار آثارها على جهازهم العصبي، ولكن المظاهر السلوكية للمشكلة تظل واضحة في سلوك الأطفال.

واتجه عدد من الأطباء المتخصصين في الحساسية وأولهم الطبيب Feingold, B, 1950 في سان فرانسكو وأطلق على هذا النظام الغذائي (Feingold Diet) نسبة لاسم الطبيب صاحب أول اقتراح بإتباع هذا النظام الغذائي كعلاج للأطفال ذوي النشاط الزائد.

وبمتابعة حالات الأطفال الذين اتبعوا هذا النظام الغذائي اتضح أنه لم يظهر أي تحسن على سلوكياتهم وظلت لديهم أعراض النشاط الزائد كما هي وكشفت نتائج الدراسات عن وجود نقص للفيتامينات اللازمة للنمو عند هؤلاء الأطفال. (علا عبد الباقي، ١٩٩٩)

ويرى طارق النجار (٢٠٠٥): أن الاستجابة من جانب الطفل للعلاج الغذائي له دور محدود جداً خاص للذين يعانون من حساسية الطعام، ولعل هذا يفسر لنا كيف أن فاعلية العلاج بالغذاء لم تثبت كما لم تثبت فعالية العلاج باستخدام العقاقير الطبية في حالات نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، وإن دل ذلك على شيء فيدل على أن هذا

الاضطراب يرجع إلى عوامل اجتماعية ونفسية وظروف بيئية محيطة بالطفل، حيث يمارسون أنماط غير سوية من السلوك كرد فعل استجابي لهذه الظروف والعوامل غير المواتية.

وفي ضوء الدراسات والبحوث التي أجريت حول التدخل بالتغذية يمكن استخلاص التعميمات التالية:

- إن الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط النشاط الذين يستجيبون للتدخل بالتغذية هم أولئك الذين لديهم حساسية لأنواع معينة من التغذية.
- إن الدراسات التي أجريت على عينات عشوائية غير مختارة لم تصل إلى تأثر عيناتها تأثراً دالاً بالتدخل العلاجي بالتغذية.
- إن العمر الزمني الذي يحدث عنده التدخل العلاجي بالتغذية يعتبر أحد العوامل الهامة، وكلما كان التدخل مبكراً كانت النتائج أكثر إيجابية. (فتحي الزيات، ١٩٩٨)

ج. العلاج الأسري (تدريب الآباء على العلاج):

هذا الأسلوب له أهمية كبيرة على اعتبار أن الوالدين هما أكثر الأشخاص تواجداً ومعايشة واهتماماً بحياة الطفل، وبالتدريب يمكنهما السيطرة على سلوكيات الطفل لأكبر فترة ممكنة. (فتحي الزيات، ١٩٩٨)

ونظراً لأن تفاعلات الأسرة تساهم في إحداث الاضطراب كما أن نظرة الأسرة للطفل وموقفها منه قد يكون من بين أسباب الاضطراب، فإن العلاج النفسي للأسرة يهدف لإزالة الإحباط الأسري بين أفرادها وتهدئة الصراعات القائمة بينهم، أو علاج بعض أفرادها علاجاً نفسياً فردياً إذا لزم الأمر، كما توجه الأسرة لتقليل الاحتياجات على الطفل ليستطيع التوافق، كما يلزم إعادة ترتيب الجو المنزلي

بحيث لا يكون مثير جداً أو مغلق ومقبض جداً لأن الطفل يحتاج إلى هدوء ونظام. (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١)

ويؤكد (Newby Robert, 1996) إن برنامج تدريب آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد له فعاليته في زيادة الطاعة لدى الأطفال من خلال استخدام فنيات التعديل السلوكي باستخدام الأبعاد المؤقت Time- Out وضبط السلوك في الأماكن العامة لأطفال ما قبل المدرسة وأطفال المدرسة الابتدائية.

كما تشير دراسة Pisterman & Susam (1992 إلى فعالية تدريب مجموعة من الآباء لتحسين طاعة الأطفال ذوي النشاط الزائد وبلغ عددهم ٥٧ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٣- ٦) سنوات وكانت النتيجة فعالية تأثير البرنامج على مقياس الطاعة Compliance للطفل.

وتشير دراسة Bloomquist & Braswal (1987) إلى فعالية تدريب الوالدين على تعديل السلوك معرفياً وفي هذا البرنامج يتعلم الأطفال التعامل مع السلوكيات غير المرغوب فيها من خلال استخدام مهارات التخطيط ويتعلم الآباء كيفية تلقين Prompt وإرشاد أبنائهم واستخدام هذه الفنيات. (Bernice, 1991)

وأشارت أيضاً دراسة Erhardt Bake, (1990) إلى فعالية تدريب آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد لضبط سلوكيات هؤلاء الأطفال وذلك من خلال الملاحظة الوالدية.

ومن خلال تدريب الوالدين على الانتباه الموجب للسلوكيات الملائمة وتجاهل السلوكيات غير الملائمة وكذلك استخدام الإبعاد المؤقت Time- out للسلوكيات غير المناسبة مع استخدام فنيات النمذجة والتغذية الرجعية ومتابعتهم وإرشادهم يمكنهم التأثير إيجاباً في سلوك أطفالهم المضطربين. (Alan et. al., 1985)

ويشير (Barkley et. al) إلى أن برنامج تدريب الوالدين مشتق من نظريات عدة وتجارب معملية كما يشير إلى أن الهدف منه تعليم الوالدين طرق التعامل مع الأطفال ذوي النشاط الزائد وبالمثل مع من لديهم مشكلات في التعلم والسلوك، وتكون برنامج تدريب الوالدين لباركلي من ١٠ جلسات (خطوات) بعد الجلسات النظرية للآباء وتراوح أعمار الأطفال من ٢ سنة إلى ١١ سنة.

وتم متابعة الخطوات العشر مع الوالدين خطوة خطوة كما يلي:

١- التعرف على توجيهات البرنامج وفحص ومعاينة مشكلات الأطفال الذين لديهم النشاط الزائد.

٢- يتعرف الآباء على أساسيات ضبط سلوك الأطفال وطريقة التفاعل مع كل سلوك.

٣- تعزيز المهارات الاجتماعية والانتباه إليها فهذا يقوي العلاقة بين الطفل والوالدين كما يؤدي إلى تحسن المهارات.

٤- التدريب على الانتباه بإيجابية على اللعب المناسب المستقل والمطاوعة.

٥- استخدام نظاما لاقتصاد الرمزي في المنزل وذلك من خلال استخدام تعزيزات مادية في المنزل كالحلوى، وذلك عندما يستجيب الطفل لمطالب الوالدين ويطيعهم.

٦- استخدام تكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت للسلوكيات غير الملائمة للطفل حتى يطيع أوامر والديه.

٧- استخدام الإبعاد المؤقت للسلوكيات غير الملائمة الأخرى في المنزل مثل عدم الطاعة، والعنف.

٨- التحكم في سلوكيات الأطفال في الأماكن العامة بأن يعرفهم آباؤهم كيفية تجنب الصعوبات وذلك بمتابعة التعليمات قبل الدخول للأماكن العامة.

٩- تتم مراجعة مع الوالدين حول معالجة المشكلات السلوكية في المستقبل والافتراضات التي تزيد فعالية استخدامها.

١٠- جلسة معززة متتابعة Booster Session وتتم هذه الجلسة بعد نهاية الجلسة التاسعة بشهر تقريباً بين الوالدين والمعالج من خلال مقاييس التقدير واستبيانات من العلاج الماضي الذي حدث وكانت النتيجة فعالية البرنامج، كما تم التأكد من فاعلية هذا البرنامج بعمل دراسة شملت (٥٠) طفلاً من أطفال ما قبل المدرسة ذوي النشاط الزائد، وأثبتت فاعلية استخدام تدريب الأسرة في إطار هذا البرنامج في خفض النشاط الزائد وزيادة Compliance طاعة الطفل وتحسن المهارات لديهم، وذلك من خلال ملاحظة الوالدين.

ويذكر (Cantwell 1989) أن نجاح الطفل ذي النشاط الزائد يتطلب الرعاية الكاملة من الأسرة من خلال تعليم الوالدين، بالإضافة إلى أن متطلبات البرنامج السلوكي في المنزل والتعامل مع أنواع مختلفة من البرامج داخل الفصل يعتبر وسيلة هامة لذوي النشاط الزائد لتحقيق التكيف. (نبيل السيد حسن، ١٩٩٦)

د. العلاج التربوي:

إن الكثير من الأطفال ذوي فرط الحركة ونقص الانتباه يعانون من صعوبات تعلم تكون مصاحبة للاضطراب (ADHD)، وليس بالضرورة أن يكون هناك تلازم بين اضطراب النشاط الزائد وصعوبات التعلم، وإن كان ذلك يحدث في معظم الأحوال والعلاج التربوي يبدأ بالعمل من داخل المدرسة والفصل الدراسي، فتصميم غرفة الفصل يجب أن يكون بشكل يتناسب مع احتياجات الأطفال، ففي حالة تشتت الانتباه وعدم التركيز يجب أن يجلس الطفل في الصفوف الأمامية قريب من المدرس، ومن السبورة، وظهرت تجاه بقية التلاميذ حتى يتفادى المثيرات والعوامل التي تشتت انتباهه وخاصة المثيرات البصرية.

كما يجب في حالة وجود طفل يعاني من نقص الانتباه وفرط الحركة في الفصل أن يكون الأطفال من حوله هم من لا يحبون المشاكل ولا يخلقونها، وأن تقل النوافذ الكبيرة والأبواب المفتوحة، وأن لا يكون الفصل قريباً من أماكن تكثر فيها الحركة كالشوارع مثلاً، حيث لا يستطيع التلميذ تركيز انتباهه.

ومن الضروري أن تكون حجرة الدراسة جيدة التهوية وجيدة الإضاءة وموضوع فيها الأثاث بشكل جيد سليم، وأن تكون حجرة الدراسة خالية من المثيرات والوسائل التعليمية واللوائح التي توضع على الجدران، وتشتت تركيز الطفل بتركيز الانتباه عليها.

ولا يقل عن ذلك دور المدرس، فيجب على المدرس أن يلاحظ سلوك تلاميذه ويدون ملاحظاته حول كل تلميذ، وأن يضع نظام واضح ومبادئ قوية تحكم النظام والضبط داخل الفصل، ويطبقها دون تفرقة ودون تشدد، فهو في الأساس مربي وقدوة، وليس معاقباً أو موبخاً، فيجب عليه أن يكون صبور وهادئ ومتزن أثناء أي نقاش يحدث بينه وبين تلاميذه مبتعداً عن السخرية والإهانة والاستهزاء.

ويجب على المعلم أن لا يثير إحساس الطفل ويجرحه أمام زملائه أو يطلق الألفاظ والعبارات التي تكبل الطفل في داخله، فتكون معولاً للهدم لا مساعد للبناء، فالمعلم الجيد هو من يحسن مراقبة تصرفات تلاميذه دون إشعارهم بذلك، وأن يلاحظ ما يدل على اضطراب أو مشكلة فلا يذكرها علانية أمام زملاءه، وأن يعمل جاهداً لحلها وتعديلها إلى شكلها السوي، وإن لم يستطع فيحولها إلى الأخصائي الاجتماعي أو النفسي. (طارق النجار، ٢٠٠٥)

هـ- العلاج بالاسترخاء:

تؤدي فنية الاسترخاء العضلي إلى تقليل النشاط الزائد الظاهر، كما تشير بعض الدراسات إلى فعالية الاسترخاء العضلي في زيادة

الثقة بالنفس، وتحسن السلوك في المنزل والمدرسة، وفي خفض النشاط الزائد لدى الأطفال، كما ظهر ارتفاع مستوى التحصيل.

كما يشير (Dunand & Howell, 1982) إلى فاعلية التدريب على الاسترخاء العضلي لخفض النشاط الزائد لدى مجموعة من الأطفال الذكور ذوي النشاط الزائد (Robert Carso, 1988)، ويشير عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) إلى فاعلية هذه الفنية في خفض سلوك النشاط الزائد لدى الأطفال والوصول بهم إلى حالة من الاستقرار والاتزان السلوكي الظاهر، وأيضاً إلى الاختزال الكيميائي الحيوي داخل الجسم.

و- العلاج السلوكي:

أن العلاج النفسي له دور كبير في تقبل الطفل للعلاج بالعقاقير، كما يوضح المعالج للطفل أنه (الطفل) هو الذي يملك الدور الأساسي وأن الدواء ما هو إلا عامل مساعد لأدائه هذا الدور، كما يحتاج الطفل أن يفهم أن الانضباط ليس هو الهدف، وأنه له حقوق مساوية للبشر الآخرين في كونهم أحياناً يجدون صعوبة ما ويحتاجون دعماً علاجياً في مواجهة هذه الصعوبة. (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١)

ويعتمد العلاج النفسي أحياناً على الجانب التحليلي، حيث ينبني على فهم نفسية الطفل، وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة، والحيل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه، وتوضيح ذلك للطفل من خلال جلسات العلاج النفسي التي تجرى مع الأطفال الصغار بواسطة لعب خاصة أو بواسطة الرسم، وهذا العلاج التحليلي غالباً ما يتم في إطار فردي، ولكن هناك العلاج النفسي الجماعي الذي يتم في إطار مجموعة من الأطفال تستخدم المجموعة لبناء وتنمية السلوكيات المرغوبة لدى الطفل، ونبذ السلوكيات غير المرغوبة

بواسطة نقد المجموعة لها ومساعدة الطفل على كبحها. (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١)

ويذكر Ronald Come (1998) إلى فعالية استخدام فنية الاقتصاد الرمزي Token Economy لخفض النشاط الزائد لأنه نشاط فعال وضروري للأطفال ذوي النشاط الزائد، كما يشير Gerard Davison (1994) إلى استخدام التعزيز للتصرفات الملائمة مثل البقاء في المقعد والعمل في المهام واستخدام النقاط والنجوم بتكرار في البرامج حيث يكسب الطفل نجوماً من الملصقات نتيجة للتصرف بطريقة معينة مما يؤدي إلى التحسن في المستوى الأكاديمي، وإنهاء العمل وتعلم مهارات نوعية اجتماعية مما يؤدي إلى خفض أعراض النشاط الزائد، كما يقلل التعزيز مع الأخطاء ويزيد من فعالية العلاج، ويشير Robinson (1981) إلى فعالية استخدام نظام الاقتصاد الرمزي لزيادة عدد المهام المكتملة.

ويشتمل برنامج الاقتصاد الرمزي على:

- تعليمات للفصل تتعلق بالسلوك الذي يعزز.
- عمل طريقة (وسيلة) محتملة لتعزيز المثير.
- ملائمة وسيلة التعزيز للطفل.

ويعمل على خفض فرط النشاط والسلوكيات الفوضوية وزيادة الانتباه والمستوى التحصيلي وتحسن العلاقات الشخصية وتكوين مفهوم ذات موجب للطفل، ويشير (Andrw Neil, 1996) إلى فعالية بعض المكافآت التي تزيد من أداء الطفل ذي النشاط الزائد بدون استخدام الأدوية والتحكم في الاندفاعية وتشتت الانتباه، ويشير كيرت هيس Kurt Hass (1979) إلى فعالية التعزيز والمكافأة ف يخفض النشاط الزائد للأطفال وكعلاج لهم.

وتؤكد (Rita Ridul 1988) على أهمية التعزيز للتغلب على القصور من أجل نهاية أو تكملة العمل، كما أن هؤلاء الأطفال يستجيبون بشكل متفاوت تجاه التعزيز، وتشير الدراسات إلى تحسن الأداء بالتعزيز الموجب للأطفال ذوي النشاط الزائد.

كما تشير (Janathan Sandoval 1981) إلى إمكانية تعلم السلوك الاجتماعي من خلال النمذجة، فالبرنامج التي تشتمل على لعب الدور وتعديل الدور أيضاً تكون مفيدة لمساعدة الأطفال ذوي النشاط الزائد على تحسين العلاقة مع الآخرين، كما تظهر فعالية تكاليف الاستجابة بالنسبة للأطفال ذوي النشاط الزائد في هذا الصدد.

ويؤكد (David & Martin 1995) إلى أنه من خلال التعزيز السلبي لإطفاء المشكلات السلوكية للأطفال ذوي النشاط الزائد يستطيع الطفل البقاء في مكانه لمدة ربع ساعة، كما يستطيع تكوين صداقات وكذلك تحسن مستوى الانتباه لديه.

كما أن تعديل السلوك Behavior Modification هو مدخل علاجي نبع من المدرسة السلوكية التقليدية بزعامة سكنر، ويقوم هذا المدخل على استخدام مبدأ الثواب والعقاب عند أداء الفرد لأنماط سلوكية معينة، فتثاب الأنماط السلوكية المرغوبة أو تعزز، وتعاقب الأنماط السلوكية غير المرغوبة، والواقع أن التحسن الذي تعكسه الممارسات والتطبيقات العملية لهذا المدخل ظل محدوداً داخل أطر معينة بالنسبة للأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط النشاط. (فتحي الزيات، ١٩٩٨)

ويرتكز كل من العلاج النفسي الدينامي (التحليل النفسي) والإنساني (الممركز حول العميل) على افتراض مؤداه أن السلوك المضطرب يمكن أن يتغير من خلال الاستبصار في أسبابه الداخلية. ولكن العلاج

السلوكي Behavior Therapy – كما يتضح من اسمه – يركز على السلوك ذاته، أكثر من اهتمامه بالمحددات الذاتية له، ولا يفترض المعالج السلوكي وجود قوى داخلية أو عملية مرضية، ولا هو يعتقد أن الأعراض إمارات على وجود مشكلات أعمق ينبغي القضاء عليها عن طريق الاستبصار، وإنما هو يرى الأعراض – كالمخاوف الشاذة أو السلوك القهري أو ثورات الغضب – موجودة لأنه تم اكتسابها عن طريق التعلم، وهي تختفي بعد أن يتم تعلم التخلي عنها.

ويذكر "إيزنك" موضحاً لذلك: "اعمل على التخلص من العرض لتكون قد قضيت بذلك على العصاب"، أي أن العرض هو المرض.

ويفترض السلوكيون أن الاضطرابات الانفعالية ردود فعل متعلمة يتغلب بها الشخص على مختلف المواقف العصبية، وعند العلاج يضعون في حيز التطبيق مبادئ التعلم – وعدم التعلم – التي تطورت في المعمل بواسطة علماء النفس التجريبي.

ومن ثم يعرف العلاج السلوكي أو تعديل السلوك بأنه التطبيق المنظم لمبادئ التعلم بهدف إحداث تغيرات مرغوبة في السلوك. ويعتمد المعالجون السلوكيون بشدة على المعلومات المستمدة من الإشراط التقليدي والإجرائي لكي يساعد المريض على ما يلي:

١- التوقف عن أنماط السلوك الانهزامي كاستجابة الخوف الشاذ للمنبهات غير المؤذية، ازدياد الشهية، التدخين.

٢- تعلم أنماط السلوك التكيفي كتكوين صداقات جديدة، وكيف تكون حازماً مع البائع اللحوح.

ويقلل كثير من ممارسي العلاج السلوكي من أهمية العلاقة بين المعالج والمريض (على العكس من المحللين النفسيين والعلاج

المركز حول العميل)، وبدلاً من ذلك يؤكدون على الطرق الفنية غير الذاتية للعلاج، كما يعتقدون أن التغيرات السلوكية الفعالة يمكن تتحقق بالاستبصار الذاتي أو بدونه، وأن الجو العلاجي الدافئ والمساند ليس مطلوباً لتحقيق التغيرات السلوكية.

وهناك خمسة مداخل رئيسية في العلاج السلوكي:

١- الإشراط المضاد (نبع عنة الإشراط التقليدي).

٢- الطرق الإجرائية (نشأ عن الإشراط الإجرائي).

٣- الاقتداء بنموذج (مشتق من نظرية باندورا في التعلم بالملاحظة).

٤- إعادة التنظيم المعرفي (يعكس اهتمام السلوكيين بعمليات المعرفة)؟

٥- إجراءات ضبط الذات.

ونعرض لهذه المداخل فيما يلي:

١) الإشراط المضاد:

هدف الإشراط المضاد Counter conditioning هو كسر الرابطة بين منبه واستجابة معينين حدث لهما إشراط تقليدي، مثال ذلك حالة الصغير "ألبرت" الذي خضع لتجربة إشراط باستخدام ضوضاء مرعبة فأصبح يخاف الفئران البيضاء، فقد تم تكوين الرابطة بين المنبه الشرطي (الفأر الأبيض) واستجابة "ألبرت" (الخوف). وبعد سنوات قليلة من هذه التجربة برهنت "مارى كوفر جونز" عام ١٩٢٥ على أن مثل هذه المخاوف يمكن أن يحدث لها إشراط مضاد عن طريق استبدال استجابة جديدة للمنبه.

وفى هذا المثال كانت الاستجابة القديمة هي خوف الطفل الصغير من الأرنب.

وقد قللت من هذا الخوف (وانتهى تماماً في النهاية) بإطعام الطفل الصغير في وجود أرنب، وتحريكه تدريجياً بالقرب من الحيوان في مناسبات متتالية، فتطرد الاستجابة الجديدة (وهي المشاعر الإيجابية المرتبطة بالأكل) الاستجابة القديمة (وهي الخوف).

وتستخدم في الإشراط المضاد ثلاث طرق أساسية هي:

١- تقليل الحساسية المنظم (التحصين التدريجي).

٢- العلاج الانفجاري.

٣- العلاج المنفر. ونعرض لكل منها بإيجاز.

تقليل الحساسية المنظم Systematic Desensitization:

تطورت طريقة الإشراط المضاد على يد "جوزيف ولبي" عام ١٩٥٨، ويرتكز تقليل الحساسية المنظم على إجراء طبي يتلخص في إعطاء جرعات متزايدة من مادة مثيرة للحساسية Allergens الذين يعانون من حمى القش Hay fever، ومن ثم يمكن تسميتها "التحصين التدريجي" وقد افترض "ولبي" في هذا الصدد الفرض التالي "إذ أمكن إحداث استجابة تكف القلق، في حضور منبهات مثيرة للقلق، فإن ذلك من شأنه أن يضعف الرابطة بين هذه المنبهات وبين استجابات القلق". ويدعى ذلك مبدأ الكف المتبادل Reciprocal Inhibitioon. وتوصل "ولبي" إلى عدد الاستجابات التي تكف القلق وهي: استجابات الاسترخاء، الاستجابات الجنسية، توكيد الذات، الاستجابات النفسية. والاسترخاء هو أهمها جميعاً.

وتعتمد الطريقة العلاجية هنا على ثلاثة عناصر هي: التدريب على الاسترخاء، تكوين مدرج القلق، تنفيذ عملية تقليل الحساسية.

أ-التدريب على الاسترخاء Relaxation:

يتعلم المريض الاسترخاء في بضع جلسات تبدأ بإدراكه لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ ذلك بعضلات الذراع الأيسر عادة حتى تشمل جميع المجوعات العضلية في الجسم. كما يتعلم المريض أن يتنفس تنفساً هادئاً منتظماً، وأن تسترخي جميع أطرافه وكل عضلات جسمه. ويعرف المعالج العميل بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويطلب منه أن يمارسه بين جلسات، ويشجع على تحقيق الأوقات (الاسترخاء الفارق)، مع ضرورة التأكيد على الاسترخاء حينما يتعرض للقلق بصفة خاصة عن طريق بعض المنبهات. ويخبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره تتوقف على قدرته على أن يقوم بكفاءة باستبدال الاسترخاء باستجابات القلق.

ب-مدرج القلق Anxiety Hierarchy:

هو قائمة من الأشياء أو المواقف التي تثير القلق لدى المريض. ويقوم المعالج مع المريض بتكوين هذه القائمة عن طريقتين: المواقف أو الأشياء التي يذكرها المريض بنفسه أو يطلب منه تدوينا، وعلى ضوء إجابة المريض عن بعض الاستخبارات مثل:" قائمة ويلوبى للمريض العصابى" أو "قائمة مسح المخاوف".

بعد ذلك ترتب هذه المواقف تبعاً لشدتها أي لمدى إثارتها للقلق لدى المريض، وذلك على شكل هرمي متدرج يبدأ من أقلها إثارة للقلق أو الخوف وينتهي بأعلاها. وفيما يلي نموذج لمدرج قلق لمريض يشكو من الخوف المرضى من الثعابين:

١- قراءة مقال عن الثعابين في مجلة.

٢- مشاهدة صور فوتوغرافية للثعابين.

٣- الوقوف خارج بيت الثعابين في حديقة الحيوان.

٤- الوقوف إلى جوار قفص الثعابين داخل بين الثعابين.

٥- وضع اليد في القفص بدون لمس الثعابين.

٦- لمس لثعابين باليد.

ج. تنفيذ عملية تقليل الحساسية:

تبدأ الجلسة العلاجية الأولى في عملية تقليل الحساسية بمراجعة لتمرينات الاسترخاء التي يكون المريض قد أتقن تعلمها، ثم يطلب منه أن يتخيل بوضوح الموقف أو المنظر الأول في مدرج القلق وهو أقلها إثارة للاضطراب، ويطلب المعالج منه أن يرفع يداه إذا ما كان المنظر مؤلما. وفى العادة لا يكون الموقف الأول من مدرج القلق مسبباً للضيق، ذلك أنه أقل المواقف إثارة للقلق أو الخوف، ويستمر المريض في تصور هذا المنظر بضع ثوان قبل أن ينتقل إلى الموقف الذي يليه.

وفى حالة ما إذا أصبح الموقف المتخيل مثيراً للقلق (أي يرفع المريض يده)، ويطلب منه على الفور استدعاء استجابات الاسترخاء التي سبق له تعلمها.

وحيث أن الفرد لا يمكن أن يكون قلقاً ومسترخياً في الوقت ذاته، فإن قدرة هذا المنبه على إثارة القلق تتناقص. وبعد عدة محاولات متكررة من هذا النوع، ومع ما يترتب عليها من تناقص في القلق نجد المريض قد تمكن من الانتقال إلى المستوى التالي في مدرج القلق. ويتكرر هذا الإجراء بصورة منتظمة حتى يتمكن المريض من الوصول إلى أعلى مستوى في مدرج القلق. ومن الملاحظ بوجه عام أنه عندما تقل درجة الحساسية للمناظر الأكثر إثارة للقلق أقل إثارة له، بحيث يمكن تخيلها واستحضارها وتحقيق مزيد من تقليل الحساسية وتخفيف القلق. تتلخص عملية تقليل الحساسية إذن في أن تستبدل

باستجابة شرطية (القلق) استجابة أخرى (الاسترخاء) ومن ثم تقضى على خوف المريض أو قلقه عن طريق الكف المتبادل.

والسؤال المهم هنا إذن كما يلي: هل يحتفظ بتأثير الاسترخاء أثناء مجرد تخيل المواقف العصبية وينسحب إلى مواقف الحياة الواقعية؟ دلت الدراسات أن ذلك يحدث عامة نتيجة خفض القلق في المواقف المتخيلة أثناء العلاج. وقد أوردت التقارير حدوث النجاح عبر مدى واسع من الشكاوى متضمنة المخاوف الشاذة والاضطرابات النفسجمية والاكتئاب الناتج عن انعصاب خارجي.

٢ـ العلاج الانفجاري Imolosive Therapy:

يختلف هذا النوع الثاني من الإشراط المضاد- جذرياً- عن تقليل الحساسية المنظم، فبدلاً من محاربة الخوف بزيادة تحمل المريض تدريجياً للقلق، فإن العلاج الانفجاري يحارب الخوف بمحاولة توليد جرعة ضخمة منه. وفى البداية تعطى تعليمات للمرضى بأن يتصوروا أنفسهم في أكثر الظروف المتخيلة رعباً- كالحبس في جزيرة جداً، بدون أي وسيلة للفرار، تحيطها وحوش بشعة. والهدف من ذلك هو توليد انفجار داخلي للقلق، وباستمرار مجابهة هذا الذعر المتفجر يصبح المريض معتاداً عليه تدريجياً، وأخيراً يتلاشى القلق.

وقد آثار العلاج الانفجاري قدراً كبيراً من الجدل، وهوجم بوصفه وحشياً وغير إنساني. ويغضب العلاج الانفجاري السلوكيين لأن أسسه النظرية لا تشمل الإشراط التقليدي فقط، بل أيضاً معتقدات معينة لنظرية التحليل النفسي، إذ يؤكد المعالجون بهذه الطريقة أن تفجر المنبهات الشرطية للمخاوف تنبع من الغرائز الجنسية والعدوانية الطفلية.

ويأتي تأييد العلاج الانفجاري من كل من الخبرة الإكلينيكية والبحوث المعملية على الحيوانات أحياناً من منبه اقترن من قبل بصدمة، إذا ما منع الحيوان من الهروب من الصدمة. وتشير النتائج الإكلينيكية إلى أن الانفجار يميل إلى أن تكون له درجة الفعالية ذاتها التي يحوزها تقليل الحساسية المنظم في خفض مخاوف مختلفة.

٣ـ العلاج المنفر Aversion Therapy:

العلاج المنفر طريقة أخرى من طرق الإشراط المضاد، وهي طريقة مثيرة للجدل. وإذا كان الهدف من تقليل الحساسية المنظم هو استعاضة استجابة إيجابية هي الاسترخاء باستجابة سلبية هي القلق، فإن العكس صحيح في أسلوب العلاج المنفر، إذ يكون الهدف فيه استبدال مشاعر سلبية بالمشاعر الإيجابية، وذلك بالإشراط المنفر للمنبهات التي تعد- بصورة غير مناسبة- جذابة. فلخفض جاذبية تدخين السجائر مثلاً يمكن أن يعطى العميل صدمات كهربية متكررة عندما تقدم السجائر ومن ثم فإن استجابة القلق يمكن أن تستبدل بالمشاعر السارة أو المحببة التي يربط بينها المدخن المسرف عادة مع السجائر.

وزيادة الحساسية Sensitization أسلوب آخر للعلاج المنفر، ويعتمد على قوة التخيل، إذ يطلب من العملاء تخيل التأثيرات المنفرة للسلوك غير المرغوب كالإسراف في تعاطي الخمور، وقد تم وضع برنامج علاجي لذلك يتضمن التعليمات الآتية التي يلقيها المعالج".

"باقترابك من البار يوجد لديك إحساس غريب في فم معدتك، أنك تشعر في معدتك بالاضطراب والغثيان، بعض السوائل تأتى في حلقك وتكون كريهة حامضة جداً. أنك تحاول ابتلاعها، ولكن بينما تفعل ذلك

تبدأ ذرات الطعام تخرج من وحلقك إلىَ فمك.. وبينما يصب الساقي البيرة يحدث في فمك غثيان".

وعلى الرغم من أن العلاج المنفر قد ساعد العملاء على التحكم في عدد من العادات السيئة مثل: البدانة، الإسراف في معاقرة الخمر، تدخين السجائر، فقد نقد لأسباب أخلاقية وعلمية. ويتساءل نقاده عن الحكمة في إيقاع الألم والإزعاج بالناس، وتساءلوا أيضاً إلى أي مدى يستجيب الناس بالقلق لمنبه مثل السجائر عندما لا يتعرضون لصدمة.

وأكثر استخدام للعلاج المنفر مثير للجدال هو محاولة تغيير التوجه الجنسي لذوى الجنسية المثلية من الذكور. إذ يقدم للعملاء صور الذكور ويتعرضون لصدمات كهربية أثناء رؤيتهم للصورة، ثم تعرض صورة لأنثى جذابة دون صدمة كهربية. وباستخدام هذا الإجراء قرر الباحثون أن أثر من نصف المرضى الذكور (وكانوا ٤٣ جميعاً) الممارسين للجنسية الغيرية.

ومع ذلك تجدر ملاحظة أن المشاعر الجنسية المثلية والسلوك لم ينتهيا تماماً، كما أن أولئك الذين بحثوا عن العلاج لم يتقبلوا جنسيتهم المثلية، وكانوا يرغبون في التغيير.

٢) **الطرق الإجرائية:**

نبعت هذه الطرق من بحوث الإشراط الإجرائي التي قام بها "سكندر"، وتعتمد الطرق الإجرائية على استخدام التدعيم الإيجابي والسلبي لتشكيل سلوك المرضى أو تعديله، فقد استخدمت- مثلاً- عملية التشكيل Shaping لتغيير سلوك الذهانيين، وذلك عن طريق مكافأة كل مرحلة في سلسلة من الاقتراب المتدرج.

وقد تحقق أفضل نجاح للعلاج الإجرائي مــع الأطفـــال، وتمكــن المعالجون الإجرائيون عن طريق العمل مع الوالـــدين والمدرســين مــن تغيير الممارسات المدعمة، كما خفضوا مدى واسعاً من مشاكل الطفولـــة ومنها العدوان وبل الفراش ونوبات الربو. مثال ذلك حالـــة الطفـــل ذي الطلبات التي لا تكاد تنتهي، فيمكن أن يقوم المعـــالج الإجرائـــي بتحليـــل وظيفي في المنزل، ويلاحظ- بحذر- الارتبـــاط بـــين طلبـــات الطفـــل وسياسيات الوالدين المدعمة دون قصد، ومن ثم يمكن تطوير خطة بحث يقوم الوالدان بتدعيم سلوك الطفل الذي لا يتضمن مطالب، ويكون ذلـــك من خلال توجيههم الانتباه للطفل فضلاً عن مكافآت أخرى.

كما تطورت طرق إجرائية مفصلة لتعليم التحدث السوي لأطفال مضطربين بشدة، فكثير من الأطفال لا يتكلمـــون علـــى الإطـــلاق أو يستطيعون فقط نطق حروف لينة معينة، ويبدأ البرنامج بتعليم الطفـــل كلمات معروفة قليلة، فيشرع في تعليمه تسمية الأحداث والأشياء ثـــم يعبر عن العلاقات بين الأحداث عن طريق النطق، وأخيراً تعليم الطفل تطوير مهارات المحادثة التلقائية، ويستخدم التدعيم طوال العملية بـــأن يحصل الطفل مثلاً على قطعة حلوى بعد كل استجابة صحيحة.

كما تستخدم الطرق الإجرائية أيضاً بتوسع في نظام المكافآت.

نظام المكافآت الرمزية Token economy

ويعد "مبنى الإنجاز" مثالاً لنظام المكافآت الرمزية التي تـــتم فـــي مسكن خاص، فهو نموذج لمنزل أنشئ للأولاد فيما بين الثانية عـــشرة والسادسة عشر عاماً، من الذين أحيلوا إلى المحاكم لإحداثهم مـــشاكل مع القانون. وهدف البرنامج إلى خفض السلوك المضاد للمجتمع لديهم وزيادة المهارات الشخصية فضلاً عـــن تحـــسين اهتمـــامهم بـــذاتهم وبالتحصيل الدراسي.

فتم تحديد التصرفات التي تحتاج إلى تعديل، وأنشئ نظام للمكافآت الرمزية بحيث يعطى للأولاد نقاط كلما يكملون المهام المطلوبة أو يتصرفون بشكل مناسب. وبعد ذلك يمكنهم أن يستبدلوا بالنقاط التي حصلوا عليها امتيازات أو أشياء يرغبونها مثل: استخدام التليفون أو الراديو أو المسجل أو وجبات خفيفة أو الزيارات المنزلية أو السماح لهم بأمور معينة. ويسجل لكل ولد في "مبنى الإنجاز" النقاط التي كسبها في بطاقة مفهرسة. وفى نهاية اليوم يمكن أن تستبدل بالنقاط امتيازات يستخدمها في اليوم التالي، وذلك إذا ما تجمعت درجة معينة من النقاط يشترط عليها. وحتى الآن يعد "مبنى الإنجاز" ناجحاً تماماً، وكان لخريجيه احتكاكاً أقل مع البوليس، وقل ارتكابهم لأفعال تذهبهم إلى المحاكم، وذلك بالمقارنة إلى الأولاد الذين تلقوا علاجاً تقليدياً في المؤسسة أو وضعوا تحت الاختبار.

كما يطبق نظام المكافآت الرمزية لتعليم المتأخرين، وتعد النتائج مشجعة. وفى برنامج لمدة ستة أسابيع في مدرسة للأطفال المتأخرين، تم استخدام مواد للتعلم مصممة خصيصاً، وكان الأداء يثاب بالمكافأة الرمزية، ويمكن أن يستبدل بها نشاط أو آخر مما يلي: مشروبات خفيفة، زمن إضافي لمشاهدة التليفزيون، وامتيازات أخرى.

وفى نهاية البرنامج أظهرت الاختبارات أن نسبة ذكاء المفحوصين قد ارتفعت بمتوسط أربع نقاط تقريباً، وفى الوقت ذاته انخفض متوسط ذكاء أطفال المجموعة الضابطة غير المشتركين في البرنامج بحوالي ثلاث نقاط.

ولكن مشكلة العلاج الإجرائي المستخدم في مجال المؤسسة هي التعميم على مواقف الحياة الواقعية، كما يمكن أن تبرز المشاكل عندما يعود العميل إلى بيئته الطبيعية. وقد جرب المعالجون الإجرائيون

مداخل عديدة حتى يجعلوا أنماط السلوك الجديدة أكثر استمراراً. واحد هذه المداخل إبعاد المرضى عن قائمة التدعيم المتصلة وجعلها متقطعة، وبالتالي يحدث التدعيم بانتظام ولكن بشكل غير متكرر. وهناك خطة أخرى هي تشجيع العملاء على تدعيم السلوك المرغوب بأنفسهم.

٣) الإقتداء بنموذج:

يستخدم المدخل النظري الأساسي الثالث للعلاج السلوكي مفهوم النمذجة أو الإقتداء بنموذج Modeling أو التعلم بالملاحظة والذي قدمه "ألبرت بان دورا". وفى هذا العلاج يقوم المريض بعملية "عدم تعلم" للقلق بالنسبة لمنبهات معينة عن طريق مشاهدة المعالج يؤدى سلوكاً ثم يقلد هذا السلوك. وكان أفضل تمثيل متقن أعلنه "بان دورا" لعلاج الإقتداء بنموذج هو تجربة على أشخاص لديهم خوف شديد من الثعابين.

وعلى الرغم من أن هؤلاء الأشخاص لم يكونوا مرضى بالمعنى الدقيق للكلمة (بل كانوا مفحوصين استجابوا لإعلان في الصحف يطلب أفراداً يخافون من الثعابين) فإن خوفهم قد ارتفع إلى مرتبة المخاوف المرضية، وكان بعضهم مرعوباً من احتمال مواجهة ثعابين، إلى الدرجة التي امتنعوا فيها عن مسرات معينة مثل التنزه وأعمال تنسيق الحدائق والعناية بها.

وقد اختبر "بان دورا" في البداية درجة خوفهم عن طريق مواجهتهم بثعبان كبير، ثم قسم المفحوصين إلى أربع مجموعات، وقام بمقارنة ثلاث طرق مختلفة للعلاج.

يعتمد العلاج السلوكي الكثير من الأساليب والاستراتجيات اذكر منها الأتي :

أولا: لفت نظر الطفل بشيء يحبه ويغريه على الصبر لتعـديل سلوكه : وذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيـز أولاً لمدة ١٠ دقائق او اقل ، ثم بعد نجاحنا في جعله يركز لمدة ١٠ دقائق ننتقل إلى زيادتها إلى ١٥ دقيقة، وهكذا... يشترط لنجاح هذه الطريقة في التعديل أمرا.

أ- الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فـلا للعنـف معـه؛ لأن استخدام العنف معه ممكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلـى عـدوان مضاعف؛ ولهذا يجب أن يكون القائم بهذا التدريب مع الطفل على علاقة جيدة به، ويتصف بدرجة عالية مـن الـصبر، والتحمـل، والتفهم لحالته، فإذا لم تجدي ذلك في نفـسك، فـيمكن الاسـتعانة بمدرس لذوي الاحتياجات الخاصة ليقوم بذلك.

ب- يجب أن يعلم الطفل بالحافز (الجائزة)، وأن توضع أمامه لتذكّره كلما نسي، وأن يعطى الجائزة فور تمكنه من أداء العمل ولا يقبل منه أي تقصير في الأداء، بمعنى يكون هناك ارتباط شرطي بـين الجائزة والأداء على الوجه المتفق عليه (التركيز مثلاً حسب المدة المحددة...)، وإلا فلا جائزة ويخبره صراحة بذلك.

ثانياً: التدعيم الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب، وكذلك المادي: وذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكـون محصلتها النهائية الوصول إلى عدد من النقاط تؤهله للحصول علـى مكافأة، أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها ،ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل.

ثالثاً: جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبـة،والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التـدعيم والمكافـأة:و ذلـك بـشرح المطلوب من الطفل له بـشكل بـسيط ومناسـب لـسنه واسـتيعابه،

والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظيــة وبــصرية مثــل الــصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطيعون القراءة.

رابعا: عن طريق وضع برنامج يومي واضح يجب أن يطبقــه بدقة، والإصرار على ذلك عن طريق ما يسمَّى بــ "تكلفة الاستجابة": وهي إحدى فنيات تعديل السلوك، وتعني هذه الطريقة (فقدان الطفــل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سلوكه غير المقبول، وهــو مــا سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك) ومثل ذلــك إلغــاء بعــض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خــارج حــدود التعليمات..

خامسا: التدريب المتكرر والنشاطات التي تزيد مــن التركيــز والمثابرة: مثل تجميع الصور، وتصنيف الأشــياء (حــسب الــشكل/ الحجم/ اللون...)، والكتابة المتكررة، وألعاب الفك والتركيب، وغيرها.

سادسا: العقود : ويعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل علــى أساس قيامه بسلوكيات معينة، ويقابلها جوائز معينــة، والهــدف هنــا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه، ويمكننا إطالة مدة العقــد مع الوقت، ويجب هنا أن تكون الجوائز المقدمة صــغيرة ومباشــرة، وتقدم على أساس عمل حقيقي متوافق مع الشرط والعقد المتفق عليه، ومثال ذلك العقد :

ستحصل كل يوم على "هديــة" إضــافية إذا التزمْــت بالتــالي: – الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول العشاء. – ترتيب غرفتك الخاصة قبل خروجك منها. – إكمال واجباتك اليومية في الوقت المحدد لهــا. ويوقع على هذا العقد الأب والابن، ويلتزم الطرفان بما فيه، ويمكــن للأب أن يقدم للطفل أو المراهق بعض المفاجآت الأخرى فــي نهايــة الأسبوع، كاصطحابه في نزهة أو رحلة، أو أي عمل آخــر محبــب

للابن إذا التزم ببنود العقد بشكل كامل، وتكون هذه المفاجآت معززًا آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد.

سابعاً: نظام النقطة :ويعني به أن يضع الأب أو المعلم جدولاً يوميًا مقسمًا إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم، ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك مكافأة رمزية. ويمكننا إضافة النقطة السلبية التي تسجل في نفس الجدول عن أي سلوك سلبي يقوم به، وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية، وبالتالي تجمع النقاط الإيجابية المتبقية ويحاسب عليها..

ومن المهم جدًا أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام النقط ذلك مفيد للأطفال الذين لا يستجيبون للمديح أو الإطراء..

وهي مفيدة لأنها تتتبع للسلوك بشكل مباشر، ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتفق عليها على ألا تكون مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها.

ثامنا: وضوح اللغة وإيصال الرسالة:المعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه بوضوح وبدون غضب، وعلى والده أن يذكر له السلوك اللائق في ذلك الوقت، فيقول الأب مثلاً: "إن القفز من مكان إلى آخر يمنعك من إتمام رسمك لهذه اللوحة الجميلة"، أو "إن استكمالك لهذه الواجبات سيكون أمراً رائعًا" ،والمهم هنا هو وضوح العبارة والهدف للطفل، وتهيئته لما ينتظر منه، وتشجيعه على القيام والالتزام بذلك.

تاسعا: طريق الحوار :أكثر الآباء والأمهات وبنسبة عالية لـيس لديهم قدرة على رد اندفاعهم للتذمر ،التهديد ،التوبيخ ،النقد، للاستهزاء ولإصدار الأحكام في تعاطيهم مع الأبناء.

أبحاث كثيرة أكدت أن أهل الأبناء الذين يعانون من اضـطراب قلة تركيز وكثرة حركة لديهم نزعة أكبر للتعامل بهذا الأسلوب ، فهذا الأسلوب لن يحول السلوك السلبي إلى سلوك إيجابي ،على العكس هذا الأسلوب يدفع بالعلاقة إلى الأسوأ.

لذا مهم جداً أن نعمل على أن تكون عملية الحوار ما بين الآباء والأمهات وبين أبنائهم عملية إيجابية.

فعندما نريد أن يقوم الطفل بعمل معين نأتي بأسلوب أكون شاكرة جدا إذا أخذت أكياس النفايات إلى المكان المخصص لها .

كذلك يتأثر الطفل كثيراً بأسلوب المدح مثل لقد أنجزت واجبـك بطريقة رائعة ،بارك الله فيك.

كذلك إشراكه في الكلام ونبين له احترام رأيه والاهتمام به مثـل قولنا له أنا أحب أن أسمع رأيك في كيفية حل هذه المشكلة .

وأهم عامل في إنجاح هذا الأسلوب هو الإصـغاء . والإصـغاء يكون بصب الانتباه والاستماع جيـدا إلـى حاجـاتهم ومـشاعرهم ومضايقهم وإشعارهم بأننا نفهم جيداً ما يعانون منه .

عاشراً: بناء المهارات الاجتماعية :وهي تستلزم صبراً لتوصيل هذه المهارات وتعلم إتقانها.

ومن هذه المهارات : انتظار الدور،المشاركة ،التعاون، أصـول الحوار، وحتى قدرة التحكم بمشاعر الغضب، كلها مهارات اجتماعيـة يجب أن يتعلمها الطفل والمراهق ويتقناها ،وكلما كان التدريب علـى

هذه المهارات مبكراً كان الأمر أفضل وهي المفتاح لتكيف الأبناء لاحقا بالمجتمع الكبير . .

الحادي عشر: قضاء وقت مع الأبناء :إن التربية ليست أن نطعم ونرسل أبنائنا إلى المدرسة ولا هي إعطاء المصروف وشراء الهدايا ،التربية هي قضاء وقت مع الأبناء ،اللعب معهم ،مشاركتهم بالهوايات ،السير معهم في نزهات ،قراءة قصة ، حضنهم وتقبيلهم .فبالنسبة للأبناء الحب والرعاية يعبر عنهما بقضاء وقت معهما. الدعوة هي إلى قضاء وقتاً أكبر مع الأبناء ،نحاكي الأحلام ،نشارك الهوايات ،ننمي الروابط المعنوية.

العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على العمليات المعرفية وتأثيرها على الانفعالات والسلوك معاً، ويتجه الفكر العلاجي لهذا العلاج على أن الاضطرابات النفسية إنما تنبع من اضطراب في حالات التفكير. (طارق النجار، ٢٠٠٥)

ومن هذه الأساليب: التدريب على الاسترخاء Relaxations، التدريب على ضبط النفسSelf Control ، والتغذية الحيوية المرتدة، حيث تعتمد هذه الأساليب على تدريب الطفل كيف يتحكم في سلوكياته ويراقب حركاته وتصرفاته ذاتياً، ومن ثم فإن هذه الأساليب تحتاج إلى قدرات عقلية سوية، ولذلك فقد اقتصر استخدامها على الأطفال العاديين، وأكدت نتائج معجم الدراسات التي أجريت في هذا الصدد فاعلية هذه الأساليب في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال العاديين. (علا عبد الباقي، ١٩٩٥)

ويشير (Patterson, et al 1965) في حسن الهجان (١٩٩٢) إلى أن التعزيز المستمر يؤدي إلى خفض حدة النشاط عند الأطفال زائدي

النشاط وأن الوسائل السلوكية مثل إعطاء المزيد من وقت التركيز والاستجابة الأمرية الفورية تقدم تحسناً في علاج مثل هذه الحالات.

وتذكر علا عبد الباقي (١٩٩٢) أن فنيتي "التعزيز" و"التعلم بالنموذج" في علاج مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقلياً وتستند إلى استخدام هاتين الفنيتين في هذا المجال إلى ما قرره الباحثون والمتخصصون في تربية وتأهيل المعوقين عقلياً من أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال- ومن بينها مشكلة النشاط الزائد- تمثل أنماطاً غير سوية من السلوك يكتسبها الأطفال خلال تنشئتهم الاجتماعية، أو يمارسونها بسبب الظروف البيئية غير الملائمة المحيطة بهم، مثل الفشل المتكرر في حياتهم اليومية والاتجاهات السلبية للآخرين نحوهم، حيث أن فنية التعزيز يستخدم من خلال التعزيز الموجب فقط، وأن يكون فورياً، ويفضل من المعززات المادية (الطعام، والحلوى، والمشروبات المفضلة للطفل)، وكذلك من المعززات الاجتماعية (التربيت، والابتسام، وعبارات الإطراء، والاستحسان).

وفنية "التعليم بالنموذج" يشترط أن يقدم النموذج مباشرة من الكبار، ويفضل أن يكون الشخص مقدم النموذج محبباً إلى الطفل، مع حثه من آن إلى آخر لمتابعة النموذج وتقليده. وأن هاتين الفنيتين يستخدمان في البرامج التربوية والتأهيلية الخاصة بهؤلاء الأطفال، ويساعد ذلك في تحقيق أهداف البرامج، فضلاً عن علاج كثير من المشكلات التي يعاني منها المعوقين عقلياً.

إلا أن من أوجه النقد الشائعة للمنهج السلوكي القائم على التدعيم هو أن يجعل الأفراد يعتمدون بدرجة زائدة على البيئة، وإذا لم يقدم الدعم، فإن العلاج قد لا يجدي. (لويس مليكة، ١٩٩٤)

ولذلك بدأ في السنوات الأخيرة اتجاه جديد يبنى على إدخال العمليات المعرفية في الإرشاد والعلاج النفسي من خلال المزاوجة بين العمليات المعرفية والعلاج السلوكي، فما يعرف بالإرشاد المعرفي السلوكي، وما يضيفه هذا الاتجاه هو أن العمليات المعرفيّة (مثل الأفكار والخواطر وحديث الذات والتصورات) تتوسط بين المثيرات والاستجابات، وربما كانت نظرية التعلم الاجتماعي التي اقترحها باندورا (Bandura, 1977) متدرجة في هذا الاتجاه، كذلك فإن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي التي قدمها إليس (Ellis, 1962) تدخل في هذا الإطار، أما الإضافة الأكبر فقد جاءت في آراء ميتشنبوم (Michenbaum, 1977)، ولعل في هذا الاتجاه ما يساعد على سد الثغرات القائمة في العلاج السلوكي (محمد الشناوي، ١٩٩٦).

ويعتبر العلاج أو الإرشاد المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، ويعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. (عادل عبد الله، ٢٠٠٠)

كما يذكر (Christopher Petterson 1996) أن الإرشاد المعرفي السلوكي له وجهة نظر ثالثة تجمع بين النواحي المعرفية من ناحية وعمليات التعلم من ناحية أخرى. كما يعتقد أن الإرشاد المعرفي السلوكي يجمع كل أنواع التعلم (الكلاسيكي والإجرائي والنمذجة)، ويجب أن يضم المحتوى المعرفي.

وكانت بداية التدريب المعرفي للأطفال ذوي النشاط الزائد مع (Douglas 1975)، حيث لخص مشكلات هؤلاء الأطفال في: عدم القدرة

على التفكير قبل الفعل وقصور في مهارات التركيز للانتباه في عمل المهام، وهذه المشاكل في رأي كل من (Douglas, Parry, Marton & Garson 1976) تستلزم تصميم برنامج يركز على استخدام استراتيجية لتطور واستمرار الانتباه، واستمر البرنامج (٢٤) جلسة وكانت النتيجة التحسن في سلوكيات هؤلاء الأطفال بناء على ملاحظة المعلمين والآباء، وذلك بالمقارنة بالمجموعة (Kendall 1982).

كما أن استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي لذوي النشاط الزائد له فعاليته أكثر من أي طريقة أخرى (Howard Abikoff, 1991)، وسوف يتم تناول ذلك بالتفصيل إلى جانب ذلك دوره في خفض حدة النشاط الزائد لدى الأطفال.

كيفية التعامل مع الطفل ذو النشاط الزائد:

إذا كان طفلك ذو نشاط زائد وذلك بعد تطبيق الأسئلة التشخيصية سالفة الذكر، فعليك اتباع التوصيات التالية في التعامل معه، بالإضافة إلى تطبيق البرنامج العلاجي في القسم الثاني من هذا الكتاب، ولا تقتصر هذه التوصيات على ذوي النشاط الزائد، بل تفيد في تربية جميع الأطفال لتحقيق الوقاية من النشاط الزائد، ومن تعرضهم لأي مشكلات سلوكية أخرى أو اضطرابات انفعالية تنشأ من الأساليب الخاطئة في التربية.

١- لا تحقر الطفل ولا تعنفه.

٢- أشعره بالحب.

٣- أشعره بالأهمية.

٤- كلف الطفل بأعمال بسيطة ينجح في أدائها، ثم شجعه على الأداء الناجح فوراً بإعطائه بعض الأشياء التي يحبها.

٥- أوعد الطفل بزيادة المكافأة إذا تكرر الأداء المطلوب، ولا تخلف وعدك.

٦- ابتسم في وجه الطفل كلما التزم الهدوء ولو لدقائق.

٧- امنح الطفل شيئاً يحبه إذا توقف عن السلوك غير المطلوب.

٨- تجاهل حركات الطفل التي تضايقك.

٩- لا تستخدم التعليمات مع الطفل.

١٠- ابتعد عن أسلوب الأمر في التعامل معه.

١١- ابتعد عن أسلوب المناقشات الطويلة.

١٢- لا تتوقع من الطفل إطاعة الأوامر بعد مكافآته وإثابته، فإذا أطاع كرر المكافأة، وإذا عاند اسحب المكافأة دون تجهم أو عقاب، فسحب المكافأة في حد ذاته عقوبة للطفل، ولكنه من أفضل أساليب العقاب.

١٣- لا تستخدم أسلوب التهديد والوعيد مع الطفل، واستبدل هذا بأسلوب الترغيب.

١٤- لا ترغم الطفل على النوم.

١٥- ابتعد عن الطفل إذا انتابته نوبة غضب ولا توجه له أي حديث إلا عندما يهدأ تماماً.

١٦- لا توبخ الطفل أمام الآخرين مهما كانوا صغاراً أم كباراً.

١٧- لا تذكر السلوكيات غير المرغوبة للطفل له ولا لغيره، فذلك إن تم أمام الآخرين أدى إلى عناد الطفل أكثر، وزاد من هذه السلوكيات وإذا تم للطفل فإنك تذكره بها وتعمل على تثبيتها.

١٨- يمكن الإشارة إلى الخطأ في نفس لحظة وقوعه من الطفل، وأنه سلوك غير مرغوب، وإذا كرره تجاهل ذلك.

١٩- لا تقدم للطفل نماذج للسلوك غير المرغوب ثم نحذره من فعله فهذا يثبت عنده هذا السلوك.

٢٠- قدم للطفل نماذج للسلوك المرغوب فقط وحبب إليه تقليده.

٢١- أشعر الطفل بالثقة في قدراته مهما كانت محدودة.

٢٢- لا تكلف الطفل بشيء يصعب عليه عمله، فإن هذا يسبب له إحباط، وتكرار ذلك يؤدي إلى تفاقم المشكلات التي يعاني منها وإصابته بمشكلات جديدة.

٢٣- لا تقارن الطفل بغيره، ولكن قارنه بنفسه من وقت لآخر.

٢٤- لا تيأس من طاعة الطفل لأوامرك ولا تظهر هذا اليأس أمام الأطفال بل تصرف مع الطفل وكأنك متوقع طاعته لك.

٢٥- لا تسأم من التكرار وأعطي للطفل وقتاً كافياً لتنفيذ ما تريده منه.

٢٦- يجب أن يكون لديك بدائل لما تكلف به الطفل حتى إذا عجز عن عمل أسرع بتقديم عمل آخر أبسط منه، حتى لا يشعر بالعجز والفشل، فإن هذا الشعور يفقد ثقة الطفل في نفسه وفي قدراته، ومع تكرار هذا يعجز الطفل عن أداء أي عمل مهما كان بسيطاً، ويحجم عن الاستجابات رغم معرفته بها.

٢٧- يجب إشاعة جو المرح في المنزل وذلك بمشاركة أي من الأب والأم في ألعاب الأطفال، فهذا يسعد الطفل كثيراً ويشعره بالأهمية.

٢٨- إذا تسبب الطفل في تحطيم شيء في المنزل، فلا تظهر غضبك أو تثور ولكن دعه يزيل آثار هذا الشيء الذي حطمه وساعده في ذلك، ثم وضح له في هدوء كيفية المحافظة على مثل هذا الشيء، وذلك بإبداء النموذج أمامه.

٢٩- لا تطلب من الطفل أكثر من عمل في وقت واحد.

٣٠- شجع الطفل للقيام بما يقدر عليه من أعمال معتمداً على نفسه.

٣١- لا تضحك على الطفل، ولكن اضحك معه.

٣٢- لا تسخر من الطفل مهما أتى بسلوك يستحق ذلك.

٣٣- إذا وعدت كفلك فاحترم وعدك إما بالوفاء أو بتقديم عذر يفهمه.

٣٤- قدم للطفل بدائل للألعاب الرياضية المختلفة ودعه يختار.

٣٥- شجع الطفل على ممارسة نوع الرياضة التي يحبها.

٣٦- لا تعارضه إذا حاول تغيير اللعبة التي اختارها بنفسه، فهذا أمر طبيعي أن تتغير هوايات الطفل وميوله من وقت لآخر، فهي لم تتمايز بعد.

٣٧- أشعر الطفل بالمسئولية في حدود قدراته وإمكانياته.

٣٨- خصص للطفل أشياء يمتلكها مهما كانت بسيطة، فهذا يشعره بالأهمية وتحمل المسئولية.

٣٩- اجعل للطفل مكاناً خاصاً به في المنزل- حسب الإمكانات- ولو ركن في حجرة مشتركة مع أخوته ليشعر بالخصوصية والأهمية.

٤٠- وأخيراً... إذا كان لابد أن توبخ الطفل على سلوك أو فعل سيء فوجه عبارات النقد للسلوك والفعل وليس للطفل نفسه، فمثلاً:

- قل هذا السلوك خطأ.
- ولا تقل: أنت مخطئ.
- قل: هذا الفعل رديء.
- ولا تقل: أنت رديء.

- قل: هذا العمل ينقصه استخدام الذكاء.
- ولا تقل: أنت غبي أو أحمق.
- قل: من الممكن أن تفعل كذا وكذا وأنت تستطيع ذلك.
- ولا تقل: لماذا فعلت كذا وكذا وقد أسأت التصرف.

الفصل السادس

أساليب المعاملة الوالدية والنشاط الزائد

مقدمة.

أولا: طرق وأساليب المعاملة الوالدية.

ثانيا: العوامل الأساسية المساهمة في التنشئة الأسرية.

ثالثا: دور الأسرة في التربية والتنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة.

رابعا: العوامل ذات الأثر في التربية والتنشئة الاجتماعية عند الصغار.

خامسا: أساليب المعاملة الوالدية والتوافق النفسي.

سادسا: بعض الأساليب الخاطئة في تنشئة الأبناء.

سابعا: الأسرة السوية وخصائص الأسرة اللاسوية.

الفصل السادس

أساليب المعاملة الوالدية والنشاط الزائد

مقدمة:

إن مسألة إعداد الطفل من المسائل التـي تـشغل بـال جميـع المحيطين به في كل المجتمعات، وقد كانت هذه القـضية ولا تـزال محول جدال وتقاس وجدل بين العلماء قديماً وحديثاً.

ومن الأمور التي يتفق عليها الكثير من العلمـاء والبـاحثين أن إعداد الطفل يجب أن يبني على معرفة صحيحة بواقعهم مـن حيـث الخصائص والاتجاهات والميول والحاجات النفسية والاجتماعية، لأنها تغير عن الوضع الداخلي للطفل الذي يتسم بالتوتر إذا ما تقص شـيء ما- حي أو معنوي- ويزول هذا التوتر بمجرد توفير أو تحقيق هـذا الشيء.

ومن أهمّ المشكلات التي يعاني منها الطفل هي مشكلة النـشاط الزائد والتي تعد من أكثر المشكلات انتشاراً بين الأطفال.

مما تسبب للطفل العديد من المشكلات التي تمتـد آثارهـا إلـى المراحل العمرية التالية.

فقد تؤثر مشكلة النشاط الزائد على تكيفه الأسري وقد تسبب لـه الحركة الزائدة في كسر أحد أعضائه، أو تؤدي إلى وجود صـعوبات في التعلم وعدم القدرة على الاتزان الانفعالي.

وقد أشارت هدى قناوي وحسن مصطفى (٢٠٠٠) أن الأسرة في حياة الطفل وتنشئته الاجتماعية وتعليمه أسـاليب مجتمعـه، وإشـباع حاجاته النفسية وكل ذلك في إطار أساليب المعاملة الوالدية التي تتـيح الوالدين مع الطفل ذوي النشاط الزائد والتي قد تؤثر عليه بالإيجـاب

فيجعله يتلخص من هذه المشكلة بسهولة، أو تؤثر بالسلب فتزيد من حدة المشكلة لديه وقد تظهر عليه بعض الأعراض المصاحبة الأخرى.

فالاسرة هي اهم هيئة في المجتمع تضطلع بعملية التنشئة الاجتماعية، والتي تبدأ منذ الطفولة المبكرة ، فتأخذ شخصية المرء في التكوين منذ ولادته ، وتتطور هذه الشخصية خلال الطفولة عن طريق اختلاط الطفل بالاخرين وعلاقته بهم ، اذ يتأثر الطفل منذ ولادته بما يحيط به من عوامل بيئية واجتماعية وثقافية.

ولكن مسؤولية التنشئة الاجتماعية السليمة تقع على عاتق الاسرة اذ تعد المؤثر الحاسم في سلوك الطفل وفي بناء شخصيته المستقبلية وعن طريق الوالدين يمكن ان يحقق التوافق الاجتماعي للفرد اذ ان لثقافتهما الأثر الفعال في عملية تنشئة الأبناء فضلا عن ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه .

اذ تختلف الثقافات فيما بينها في عاداتها في تطبيق النظم الاولية كالرضاعة ، الفطام ، وضبط حركة المعدة ......الخ، اذ تتسم عادات بعض الثقافات باللين بينما تتصف عادات ثقافات اخرى بالشدة والقسوة ولكل من اللين والقسوة الاثار الخاصة التي تطبع الثقافة بطابع معين يشتركون فيه كما ان لكل منهما اثره في غرس بذور القلق الذي قد يؤدي الى انواع معينة من السلوك ترجع في اصلها الى العادات المتصلة بالنظم الاولية.

وسلوك الطفل وعلاقته بأسرته واتجاهات أسرته نحوه وتفاعلاتهم معه هو الذي يحدد اتجاهات الطفل وتكوين ذات الطفل وضبط شخصيته وتشكيلها فقد يكتسب الطفل مشكلة النشاط الزائد نتيجة العوامل الأسرية وأساليب المعاملة الوالدية السائدة.

فقد توصل باركلي (Barkley 2003) أن ما يلاقيه الأطفال من ضغوط نفسية واجتماعية في المنزل تكون سبباً في ظهور النشاط الزائد لديهم.

وقد عرفت سميرة أحمد إسماعيل (١٩٩٣) الأسرة بأنها أهم الجماعات الأولية التي يتفاعل الطفل مع أعضائها، ويتم في ظل هذا التفاعل أهم مراحل التنشئة، وتشكل عاداته وتصرفاته، وتنمو مهاراته.

فاساليب المعاملة الوالدية التي يستخدمها الاباء لها الاثر انفعال في تربية الاطفال ، اذ ان معاملة الاباء للابناء تؤثر في نمو قدراتهم العقلية كما تؤدي الى تفوقهم نتيجة لتعامل الاباء معهم بأساليب قائمة على التشجيع وحب الاستطلاع ، والمغامرة واعطاء الطفل حريته في التعبير عن نفسه وعدم استخدام القسوة والعقاب.

مما يؤثر على نمط حياة الافراد في مرحلة الطفولة والتي هي مرحلة استعداد لمرحلة المراهقة فاذا كانتا التنشئة الاجتماعية سليمة في الطفولة حصلنا على مراهقين اصحاء جسميا ونفسيا واجتماعيا يتمتعون بشخصية متكاملة تمهيدا لتحمل المسؤوليات الاجتماعية الجديدة تجاه العالم الخارجي ، وذلك من خلال ما اختزنه في ذاكرته منذ الطفولة من انماط وقيم وسلوك وافكار من والديه وطريقة التعامل معهم.

وعرفت مسيرة طاهر (١٩٩٠) أساليب المعاملة الوالدية بأنها "تلك الطرق التي تميز معاملة الأبوين لأدوارهم وهي أيضاً ردود الفعل الواعية أو غير الواعية التي تميز معاملة الأبوين لأولادهم في خلال عمليات التفاعل الدائمة بين الطرفين".

وعرفتها انشراح دسوق (١٩٩١) على أنها الأسلوب الذي يتيحه الآباء لإكساب الأبناء أنواع السلوك المختلفة والقيم والعادات والتقاليد

ويختلف باختلاف الثقافة والطبقة الاجتماعية وتعليم الوالدين والمهنة وتأثير ذلك على ما سوف يكتسبه الفرد من خصائص مرتبطة بالأسلوب المتبع ومنها على سبيل المثال أساليب (التقبل- الرفض- الاستحواذ- والضبط وعدم الاتساق والإكراه والفردية).

كما عرفت سناء محمد (١٩٩١) أساليب المعاملة الوالدية على أنها "ما يراه الأب والأم ويتمسكان به من أساليب وطرق مع الأبناء فيما يختص بالمذاكرة والتحصيل الدراسي وذلك كما يظهر في تقرير الأبناء اللفظي عن ذلك".

وعرف مجدي عبد الكريم (١٩٩٥) أساليب المعاملة الوالدية أنها: "تتمثل فيما يراه الوالدان ويتمسكان به من أساليب في تعاملهم مع الأبناء في مواقف التنشئة المختلفة، وذلك كما يدركها الأبناء ويعبرون عنها من خلال استجاباتهم على مقياس المعاملة الوالدية الذي يتضمن الأبعاد التالية:

"التقبل- التمركز حول الذات- الاستحواذ- الرفض- التغيير، الإكراه- الاندماج الإيجابي- التطفل- الضغط العدواني- عدم الاتساق- التساهل- تقبل الفردية- تلقين القلق الدائم- انسحاب العلاقة- الاستقلال المتطرف- التباعد والسلبية".

وأضافت مي الغرباوي (١٩٩٨) أنها الأساليب التربوية التي يتبعها الوالدان مع أبنائهم عبر مراحل نموهم المختلفة والتي تؤثر في شخصياتهم سلباً أو إيجاباً من خلال التفاعل المتبادل بين الأبناء والوالدين في المواقف اليومية المختلفة والتي يمكن التعرف عليها من خلال إدراك الأبناء لها".

وفي ضوء ما تقدم يتضح لنا أهمية المعاملة الوالدية والأساليب التي يتبعها الوالدان وتأثيرها على مشكلة النشاط الزائد سواء كان

بالسلب أو الإيجاب، لذلك سوق نعرض في الصفحات التالية لأهم أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالنشاط الزائد لدى الأبناء.

أولا: طرق وأساليب المعاملة الوالدية:

مما لا شك فيه أن للعلاقة التي تنشأ بين الوالدين والأبناء أثر بالغ الأهمية على ما تصير إليه شخصية الأطفال في المستقبل، ويستخدم الوالدان الطرق والأساليب المختلفة في تنشئة الأبناء.

وهذه الأساليب تتفاوت من أسرة لأخرى أو بين الوالدين أنفسهم داخل الأسرة الواحدة، ومن المسلم به أن هذه الاتجاهات تترك آثارها سلباً أو إيجاباً في شخصية الأبناء، ويعزى إليها مستوى الصحة النفسية الذي يمكن أن تكون عليه شخصيتهم كراشدين فيما بعد.

١- اتجاه التسلط:

ويتمثل في فرض الأم أو الأب لرأيه على الطفل، ويتضمن ذلك الوقوف أمام رغبات الطفل التلقائية أو منعه من القيام بسلوك معين لتحقيق رغباته التي يريدها حتى ولو كانت مشروعة، وقد يستخدم أحد الوالدين أو كلاهما في سبيل ذلك أساليب تتراوح ما بين الخشونة والنعومة، كأن يستخدما ألوان التهديد أو الإلحاح أو الضرب أو الحرمان أو غير ذلك، وتكون النتيجة هي فرض الرأي سواء تم ذلك باستخدام العنف أو اللين، وهذا الأسلوب يلغي رغبات وميول الطفل منذ الصغر كما يقف عقبة في ممارسته لهواياته ويحول دون تحقيق لذاته فلا يشبع حاجاته كما يحسها الطفل نفسه.

وقد يرجع هذا الأسلوب في المعاملة إلى خبرات الآباء في طفولتهم حيث يكون الضمير اللاشعوري (الذات العليا) لدى بعض الآباء قوياً متزمتاً نتيجة لامتصاص معايير صارمة، ومثل هؤلاء

الآباء غالباً ما يحولون تطبيق هذه المعايير على أطفالهم، وربمـــا لأن مدمن أو سكير، ومن هنا يكون غير راض عن نفـسه، لــذلك ينــشد الكمال في أبنائه بفرض تسلطه، وأحياناً قد نجد الــصرامة مــن الأم نتيجة فقدها لأمها في طفولتها، وتحمل مسئولية إخوتها الصغار، لذلك تتخذ لنفسها اتجاهات صارمة في معاملة أبنائها.

وهذا الاتجاه غالباً ما يساعد على تكوين شخصية خائفة دائماً من السلطة خجولة، حساسة وتشعر بعدم الكفاءة والحيرة غير واثقة مــن نفسها في أوقات كثيرة، خصوصاً عند مواجهة المواقف التــي فيهــا اختيار.

وهناك اتجاه معاكس للتسلط وهو الديمقراطية ونعنــي إحــساس الطفل بأن الوالدان يعطيانه نوعاً من الاستقلالية والحريــة والاعتمــاد على الذات من خلال أخذ رأيه عن اختيار ملابسه وترك حريــة لــه لاختيار أصدقائه ومناقشته لعلاج أخطائه وإشعاره بوجود مبدأ الأخــذ والعطاء وحرية الرأي وفقاً للضوابط الأسرية السوية.

٢- اتجاه الحماية الزائدة:

ويتمثل في قيام أحد الوالدين أو كلاهمـــا نيابــة عــن الطفــل بالواجبات أو المسئوليات التي يمكنه أن يقوم بها، والتي يجب تدريبــه عليها إذا أردنا له أن يكون شخصية استقلالية حيث يحرص الوالدان أو أحدهما على حماية الطفل والتدخل في كــل شــئونه لدرجــة إنجــاز الواجبات والمسئوليات التي يستطيع القيام بها، فلا يتاح للطفل فرصــة اتخاذ قرار نفسه.

والأسرة قد تتبع هذا الأسلوب لأنها ليس لديها إلا طفــلاً واحــداً تخاف عليه وتبالغ في حمايته، أو يكون ولدا واحداً وسط عـدد مــن البنات أو لأنه الطفل الأول للأسرة وينقص الوالدان الخبــرة بتربيــة

الطفل فيبالغان في رعايته، أو بسبب وصول الطفل، أو لأن الطفل ضعيف وكثير المرض.

ومثل هذا الطفل تنمو لديه شخصية ضعيفة، خائفة، غير مستقلة، تعتمد على الغير في قيادتها وتوجيهها، غالباً ما يسهل استثارتها للفساد حتى ضد الوطن.

هذا وقد يتداخل هذا الاتجاه أحياناً مع اتجاه التسلط لأن الطفل قد لا يكون راضياً في كل مرة عن مثل هذا التدخل في شئونه، فعندما يقف الطفل معارضاً في بعض الأحيان أو يتمنى أن يقوم بنفسه بهذه الأمور الشخصية عندئذ يضطر الأبوان أصحاب اتجاه الحماية الزائدة إلى فرض رأيهما عليه، وهنا لا نجد حداً فاصلاً بين الحماية الزائدة والتسلط، ففي الوقت الذي يتحتم أن يكون فيه موقف الأبوين عند ممارسة حمايتهما الزائدة معرضاً لرغبة الطفل في التحرر والاستقلال يمكن أن نتحدث عن الحماية الزائدة والتسلط معاً.

٣- **اتجاه الإهمال:**

ويتمثل في ترك الطفل دون ما تشجيع على السلوك المرغوب فيه أو الاستجابة له، وكذلك دون ما محاسبة على السلوك المرغوب عنه، بالإضافة إلى ترك الطفل دون ما توجيه إلى ما يجب أن يفعله أو يقوم به، أو إلى ما ينبغي عليه أن يتجنبه.

وغالباً ما ينتج هذا الاتجاه عن عدم التوافق الأسري الناتج عن العلاقات الزوجية المحطمة وربما لعدم رغبة الأم في الأبناء، وربما لوجود أم مهملة لا تعرف واجباتها فتقضي يومها تتحدث في التليفون مع صديقاتها أو في مجالسة جارتها أو أمام التليفزيون.

وغالباً ما يترتب على هذا الاتجاه شخصية قلقة مترددة، تتخبط في سلوكها بلا قواعد أو حدود فاصلة واضحة، وغالباً ما يحاول أن

يضم مثل هذا الطفل إلى جماعة أو (شلة) يجد فيها مكانتــه ويحــس بنجاحه فيها ويجد فيها العطاء والحب الذي حرم منه نتيجة إهماله في صغره، خصوصاً وأن الجماعة التي ينتمي إليها غالباً ما تشجعه على كل ما يقوم به من عمل حتى ولو كان مخرباً، خارجاً على القــانون، وذلك لأنه منذ صغره لم يعرف الحدود الفاصلة بين حقوقه وواجباتــه وبين الصواب والخطأ في سلوكه بالإضافة إلى أنه لم يــشعر بالحــب والانتماء والتشجيع على إنجازاته المناسبة لقدراته، وبالتالي يصبح من الشخصيات المتسيبة غير المنضبطة في عمل يقوم به، فــلا يحتــرم حقوق الغير، بل يصبح فاقداً للحساسية الاجتماعية التي افتقــدها فــي أسرته فيسهل عليه الاعتداء، ومخالفة القوانين والنظم التي يجــب أن تحكم الفرد الذي ينتمي لمجتمع له نظمه وقوانين يجب أن يحترمها.

وفي مقابل اتجاه الإهمال يوجد اتجاه الرعاية والتي يقصد بهــا شعور الطفل بأن والديه يقلقان عليه عندما لا يعرفان مكان تواجــده، كما يحرصون على تحقيق الإشباع البيولوجي والسيكولوجي له بتوفير المأكل والملبس وإشعاره بالأمن والحنو والدفء، وأنهما يحثانه علــى بذل المزيد من الجهد لتحقيق النجاح والتفوق فــي دراســته وحياتــه، وإثابته على ذلك، وكذلك الحرص على إتيانه السلوك المرغوب فيــه وإثابته على المواقف السلوكية المرضية، والعمل على تحفيزه دائمــاً، ومشاركته آلامه وآماله.

وبالطبع نجد أن اتجاه الرعاية سوف يؤثر بالإيجاب على الطفل ذو النشاط الزائد ويجعله يحد منه لما يجد من والديه رعايــة تــساعده على التخلص منه والتغلب عليه.

أما نمط الإهمال والنبذ سوف يؤثر تأثيراً سلبياً على سلوك الطفل ويدفعه بالإضافة إلى نشاطه الزائد إلى انتهاج سلوكيات غير ســوية،

للتعويض عما يعانيه الطفل من نبذ وعدم تقدير، فعندما نبذ الطفل ذو النشاط الزائد من والديه ويعاملانه بإهمال سوف يحاول جذب انتباههم إليه وكسب عطفهم، فقد يلجأ إلى سرقة شيء عزيز لديهم ويحتفظ به، كما قد يقوم بأنواع أخرى من السلوك مثل العدوان والثورة والعناد والتجريب وإتلاف أدوات المنزل وكثرة الشقاوة والصراخ وقد يعرض نفسه إلى الجروح والكدمات أو يدعى بصفة متكررة المرض، وقد يمتنع عن الأكل أو الكلام أو يتبول على نفسه لا إرادياً، وكل هذا يساعد على نمو مشكلة النشاط الزائد وتفاقمها.

٤- اتجاه التدليل:

ويتمثل في تشجيع الطفل على تحقيق معظم رغباته بالشكل الذي يحلو له وعدم توجيهه لتحمل أية مسئولية تتناسب مع مرحلة النمو التي يمر بها، وقد يتضمن هذا الاتجاه تشجيع الطفل على القيام بألوان من السلوك الذي يعتبر عادة من غير المرغوب فيها اجتماعياً وكذلك قد يتضمن هذا الاتجاه دفاع الوالدين عن هذه للأنماط السلوكية غير المرغوب فقيها صد أي توجيه أو نقد يصدر إلى الطفل من الخارج، وغالباً ما يكون هذا الاتجاه نتيجة لوجود الطفل الذكر مع أخوة له من البنات، أو ميلاده بعد طول انتظار، وتظهر ألوان التدليل صور متعددة منها، عندما يبدأ الطفل في تعلم الكلام ويسبب أباه وأمه غالباً ما نجدهما يضحكان، وعندما يشتد عودة ويذهب إلى المدرسة يعطيانه مصروفاً زائداً يصرفه كما يهوى دون توجيه يجعله يميز بين جهات الصرف الصحيحة والخاطئة... الخ.

ومثل هذا الطفل عندما يكبر غالباً ما نجده لا يحافظ على مواعيد ولا يستطيع تحمل أي مسئولية يعهد بها إليه، وغالباً ما يكون غير منضبط في سلوكه أو عمله، بل يعتمد دائماً على الآخرين من دون

المراكز، من الأقارب، أو المعارف (المَحسوبية) للوصول إلى هدف أو مركز يريده.

٥- اتجاه إثارة الألم النفسي:

ويتمثل في جميع الأساليب التي تعتمد على إثارة الألم النفسي، وقد يكون عن طريق إشعار الطفل بالذنب كلما أتى سلوكاً غير مرغوب فيه أو كلما عبر عن رغبة محرمة، كما قد يكون ذلك أيضاً عن طريق تحقير الطفل والتقليل من شأنه أياً كان المستوى الذي يصل إليه في سلوكه أو أدائه، فبعض الآباء والأمهات يبحثون عن أخطاء للطفل ويبدون ملاحظات نقدية هدامة لسلوكه، مما يفقد الطفل ثقته بذاته، ويجعله متردداً في أي عمل يقدم عليه خوفاً من حرمانهن رضا الكبار وحبهم. وغالباً ما يترتب على هذا الاتجاه شخصية انسحابية منطوية غير واثقة من نفسها، توجه عدوانها نحو ذاتها، ففي المدرسة إذا سألت المعلمة سؤالاً فالطفل يخاف من الإجابة رغم معرفته بالإجابة الصحيحة وذلك خوفاً من الخطأ وبالتالي السخرية والتأنيب، فقد تعود على عدم الأمان مع الكبر وعدم الثقة في قدرته وهو غالباً ما يتوقع أن الأنظار تطارده لأن به شيئاً غير عادي في ملبسه أو مظهره أو سلوكه... الخ.

٦- اتجاه القسوة:

ويتمثل في استخدام أساليب العقبات البدني (الضرب)، والتهديد به، أي كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسمي كأسلوب أساسي في تربية الطفل، ويتضح هذا الأسلوب في الأسر إلى تفهم الرجولة على أنها الخشونة، وعدم الابتسام أو التبسيط مع الطفل خاصة الأطفال الذكور، وغالباً ما تفهم هذه الفئة الرجولة أيضاً على أنها أوامر ونواهي وضرب، وعقاب... الخ، ويترتب على هذا الاتجاه شخصية متمردة

. تنزع إلى العدوان الذي يتجه نحو الغير، مثل التنفيس في ممتلكات الغير، وممتلكات الدولة، دون أي إحساس بالذنب أو التأنيب، أيضاً قد يلجأ إلى تعذيب الحيوانات والطيور. هذا ويشترك اتجاه القسوة واتجاه إثارة الألم النفسي في أنهما يعتمدان على العقاب كمحور أساسي في تربية الطفل، بيد أن العقاب في الحالة الثانية (القسوة) هو من نوع العقاب البدني المادي إثارة الألم النفسي عقاباً نفسياً تنعكس أثاره على ذات الفرد.

٧. اتجاه التذبذب:

ويتمثل في عدم استقرار الأب أو الأم من حيث استخدام أساليب الثواب والعقاب، وهذا يعني أن سلوكاً معيناً يثاب عليه الطفل مرة ويعاقب عليه مرة أخرى، كذلك قد يتضمن هذا الاتجاه خبرة أمل نفسها إزاء بعض ما يمكن أن يصدر عن الطفل من سلوك بحيث لا تدري متى تثيب الطفل ومتى تعاقبه، كما يتضمن هذا الاتجاه التباعد بين اتجاه كل من الأب والأم في تربية الطفل. مثلاً، أن الطفل عندما يبدأ في تعلم الكلام ويسب أباه أو أمه فإنهما لا ينهانه إلى أن ذلك خطأ وعيب، بل قد يضحكان لذلك السلوك، ولكن إذا كرر الطفل ذلك السلوك في وجود زوار فإن الأبوين أو أحدهما غالباً ما يعاقب الطفل أو ينهره على ذلك السلوك، وهنا نجد الطفل في حيرة من أمره لأنه لا يعرف السبب في ضحكيهما مرة ومعاقبته مرة أخرى على نفس السلوك... الخ. ويترتب على هذا الأسلوب شخصية متقلبة ازدواجية منقسمة على نفسها مثلاً، الطفل الذي عانى من أسلوب التذبذب عندما يكبر غالباً ما يصبح مذبذباً في معاملته مع الناس يتزوج تكوم معاملته لزوجته متقلبة، فنجده يعاملها برفق وحنان.

مرة، وأخرى ينقلب في معاملتها على النقيض دون وجـود أي أسباب لهذا التذبذب، وقد يكون مع أسرته في غاية البخل والتدقيق في حساباته، ودائم التكشير، ولكنه مع أصدقائه شخص آخر كريم متسامح ضاحك باسم، وقد يكون مع أبنائه يفضل جنساً على جنس، وغالباً مـا يكون هذا التفضيل في جانب الجنس الذي منحه الحب والحنـان فـي طفولته (الأب أو الأم)... الخ ويظل التذبـذب سـمة مميـزة لهـذه الشخصية.

٨. اتجاه التفرقة:

يتمثل في عدم المساواة بين البناء جميعاً والتفضيل بينهم بـسبب الجنس أو ترتيب المولد أو السن أو أي سبب آخر.

فبالنسبة للجنس نجد الأسرة التي تحب الذكور (وبها ابن وابنـة) أو بها ابن بين أخوات بنات وإن لكل من الولد والبنت لعبة خاصـة، فإذا قامت البنت باللعب بعروستها يأتي أخوها ويأخذها منها، تقول لها الأم "سيبي أخوك يلعب بها شوية" وعندما تأخذ البنت حصان أخيهـا، تقول لها الأم "هو أنت مش لك لعبتك مالك ومال لعب أخيك" وعنـدما يكبر الأبناء، فإن الولد يسمح له بمقابلة أصدقائه بالمنزل، في حـين لا يسمح للبنت بذلك، ويعطي الولد مصروفاً أكبر من البنت، مـذاكرتها. ويترتب على هذا الأسلوب شخصية أنانية حاقدة تعودت أن تأخذ دون أن تعطي، تحب أن تستحوذ على كل شيء لنفـسها أو علـى أفـضل الأشياء لنفسها حتى ولول على حساب الآخرين.

وعليه وإن الأسلوب المثالي في التربية للطفل هو الذي يتمثل في التوسط والاعتدال في معاملة الطفل وتحاشي الأساليب السيئة (السابق ذكرها) في معاملة الأبناء، كما يمتاز الأسلوب المثالي بوجود تفاهم بين الأب والأم على أسلوب تربية الطفل وعدم المشاجرة أمامه، ويقتضي

معرفة قدرات الطفل الطبيعية وعدم تكليفه بما لا طاقة له به في نفس الوقت عدم إهمال مطالب النمو حتى لا تفوت فرصة التعليم على الطفل، وأيضاً الإيمان بما يوجد لدى الأطفال من فروق فردية والتي الولد مصروفاً أكبر من البنت، وعندما تجلس البنت للمذاكرة تطلب الأم منها أن تعد الطعام لأخيها أو تعمل له الشاي، أو تنظم له غرفته... الخ حتى لو تركت توجد في جميع السمات الجسمية والقدرات العقلية والسمات الانفعالية.

تعقيب:

تعتبر أساليب المعاملة الوالدية من أهم العوامل التي تؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال ، بما في ذلك ظهور العدوانية والنشاط الزائد على سلوكياتهم من عدمه ، أن أساليب المعاملة الوالدية تتمثل في بعدين رئيسيين ، هما : القبول مقابل الرفض الوالدي .

فالقبول الوالدي يعبر عنه بمدى الحب الذي يبديه الوالدين للطفل في المواقف المختلفة ، وهذا يؤدي إلى تكوين عدد من سمات الشخصية المرغوب فيها لدى .

أما الرفض الوالدي للطفل فإنه يأخذ عدة مظاهر ، منها : الرفض الصريح ، والإهمال ، والعقاب البدني ،وهذا يؤدي إلى عدم التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل ، كما أن سلوكه يأخذ الطابع العدواني.

وقد يصاب الاطفال بالنشاط الزائد ، إما لتقليد الأسلوب الذي عوملن به في الأسرة من قبل الوالدين ، مثل الضرب والتهديد والوعيد والسخرية والكلام الجارح ، وإما للتنفيس عن الرغبة في الانتقام من الوالدين بتحويل العدوان إلى الأخرين ممن يستطيعوا الاعتداء عليهم للتنفيس عن الطاقة الزائدة بداخلهم.

هذا وقد ظهر في الآونة الأخيرة اتجاهات ايجابية نحـو تفعيـل دور الوالدين في البرامج الإرشادية، وإيماناً بدور الأسـرة وخاصـة الوالدين بالنسبة للطفل، لذا تم إشراك الوالدين في البرنامج الإرشادي المستخدم لعلاج هؤلاء الاطفال لأن الأسرة في بداية حياة الطفل هـي المسئولة عن تنشئته الاجتماعية وتعليمه أسـاليب مجتمعـه، وإشـباع حاجاته النفسية .

فأساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التي يـشعر الطفـل منهـا بالقبول والاهتمام والحب من والديـه تـؤدى إلـي توافقـه النفـسي والاجتماعي، أما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح أو المقنع، والإهمال، واللامبالاة بالطفل، والعقاب البـدني أو النفسي الشديد والتي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه، فإنها تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه.

وقد أظهرت دراسة (Goldstein & Goldstein 1998) أن النشاط الزائد يرتبط بجزء كبير بأسلوب معامله الطفل من قبل والديه، وكمـا أوضحت بعض الدراسات إلى أن أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدى التفاعل بينهما أحد الأسباب التي ينشا بسببها اضطراب النشاط الزائـد (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder ADHD) مثـل دراسـة حجاج غانم (٢٠٠١) والتي أسـفرت علـي أن العوامـل النفـسية والاجتماعية التي تتضمن مجموعة من أساليب المعاملة الوالدية تـسهم بنسبة ١٨% في التأثير السببي علي النشاط الزائد، ودراسـة حنـان زكريا (٢٠٠٨ (والتي أسفرت عن أن العوامل الأسـرية مـن أهـم العوامل المسهمة في النشاط الزائد.

كما ذكر كلا من أحمد عثمان،عفاف محمد (١٩٩٥) أنه يوجد بعض التفسيرات النفسية للإفراط في النشاط الحركي بـصفته سـمة مزاجية، والتي أشار فيها بيتلهايم Bettelheim إلى أن هناك أطفـالاً

مهيئون للنشاط المفرط بسبب خصائص مزاجية، وهم يستجيبون للنشاط المفرط عندما يتعرضون لضغوط بيئية تفوق قدرتهم على التحمل، وترجع هذه الضغوط البيئية إلى صعوبة التفاعل الجيد بين الطفل وبيئته الاجتماعية، وقد يؤدي عدم قدرة الطفل على الاستجابة بطريقة تتفق مع خصائص مزاجه السلبي إلى شعوره بأنه مشكلة؛ مما يؤدي إلى تدهور مفهومه للذات.

ويرى (Barkley, et. al 1992) أن ما يلاقيه الأطفال من ضغوط نفسية واجتماعية في المنزل يكون سبباً في ظهور مشكلة النشاط الزائد لديهم، وتضيف (١٩٩٨) Mercogliano أن بعض العوامل الاجتماعية والنفسية المحيطة بالطفل مثل الفقر، وعدم التواصل الوالدي، وغياب الأب من أهم أسباب النشاط الزائد لدى الأطفال.

بينما ذكر اشرف احمد عبد القادر (١٩٩٣) إلى أن أساليب معاملة الأطفال ذوي النشاط الزائد تتسم بالتسلط والإهمال وإثارة الألم النفسي والتفرقة والتذبذب وهي جميعاً مؤشرات تشير إلى علاقة أساليب معاملة الطفل بنشاطه الزائد، كما أشار Goldstein,S & (Goldstein,M 1998) إلى أن العقاب البدني المتكرر للطفل ذوى النشاط الزائد يؤدى إلى نتائج عكسية، فهناك بعض الآباء من يتبع أساليب خاطئة في تربية هؤلاء الأطفال، مثل العقاب الجسدي وكثرة الأوامر والتعليمات، وتهدف برامج تدريب الوالدين علي كيفية تنظيم سلوك أطفالهم والعمل مع الطفل ذوي النشاط الزائد كي يكتشف بنفس نماذج السلوك والطرق البديلة للسيطرة علي انفعالاتهم، والعمل علي اكتساب مهارات جديدة في أساليب العلاقات الأسرية بهؤلاء الأطفال وتدريب الأسرة علي تكنيك التدعيم الايجابي للسلوك المرغوب فيه لدي الطفل.

وفيما يلي نقدم مقياساً لاساليب المعاملة الوالدية للاطفال العاديين من إعداد الدكتور محمد النوبي محمد علي :

مقياس أساليب المعاملة الوالدية للأطفال العاديين

إعداد د./ محمد النوبي محمد علي

الاسم: .... (اختياري)

النوع: ذكر (   )   أنثى (   )

اسم المدرسة: .... الصف الدراسي: ....

السن: ....

تعليمات المقياس:

حاول معايا تفتكر ازاي الوالدين (الأب والأم) بيعـــاملوك فـــي البيت، يعني مثلاً فيه أب وأم بيحبوا أولادهم وبيهتموا بيهم، وبيجيبـــوا لهم الملابس الجديدة والحاجات الحلوة، وبيخرجوا معـــاهم وبيعـــاملوهم بطريقة واحدة من غير ما يفضلوا حد منهم على الثاني، وبيجعلـــوهم يقولوا رأيهم - يعني يعبروا عنه- وعندهم حريـــة ويمكـــن يعتمـــدوا عليهم، وفيه أب وأم بيعاملوا أولادهم بطريقـــة مـــش كويـــسة يعنـــي بيضربوا أولادهم وبيفكروهم على طول بالأخطاء حتى البسيطة اللـــي بيعملوها، وفيه أب وأم بيدي لبس حد من أولادهم التانيين على طول، وممكن يسيبوا ابنهم لوحده من غير ما يعتنوا بيه ويهملوه لما يكـــون مريض أو زعلان.

- طبعاً كل واحد منكم حيحاول يفتكر كـــويس أزاي الوالـــدين (الأب والأم) بيعاملوه في البيت.
- ودلوقتي حتلاقي أمام كل عبارة ثلاثة إجابات هي (كثيراً- أحياناً- نادراً).

• والإجابة التي تشعر أنها تنطبق على معاملة الوالـــدين (الأب والأم) معك ضع تحتها علامة (✓).

مثال:

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
١	يتقبل أبـــي (أو أمـــي) أخطـــائي البسيطة.	✓			✓		
٢	لا يقي أبـــي (أو أمـــي) فيمـــا يسرني.	✓			✓		

• **ملحوظة:**

تأكد أنه لا توجد إجابات خاطئة وأخرى صحيحة، ولا تترك أية عبارة بدون إجابة.

ولكم جزيل الشكر ،،،

الباحث

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
١	يشعر أبي (أو أمـي) بالارتيـاح لوجودي معه.						
٢	يقلق أبي (أو أمي) علـي عنـدما يجهل (لا يعرف) مكان وجودي.						
٣	يتسامح أبي (أو أمـي) عنـدما أحصل على درجـات منخفـضة لمرضي أثناء امتحانات المدرسة.						
٤	يعاقبني أبي (أو أمي) مثل أخوتي عندما أخطئ.						
٥	يأخذ أبي (أو أمي) رأيـي عنـد شـراء أدواتـي المدرسـية وملابسي.						
٦	يثير أبي (أو أمي) المشاكل معي.						
٧	يتجاهل أبي (أو أمـي) وجـودي معه في البيت.						
٨	يسخر أبي (أو أمي) مني.						
٩	ينحاز أبـي (أو أمـي) لأخـوتي عندما أتشاجر معهم.						
١٠	يتعمد أبي (أو أمـي) منعـي مـن الخروج من المنزل للعـب ولـو قليلاً.						

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
١١	يفرح أبي (أو أمي) بقضاء الأجازة معي.						
١٢	يحرص أبي (أو أمي) على أتناول طعامي.						
١٣	يسامحني أبي (أو أمي) إذا أضعت سهواً مصروفي (نقودي).						
١٤	يطلب أبي (أو أمي) مني ومن أخوتي تنظيم المنزل.						
١٥	يترك أبي (أو أمي) لي حرية اختيار أصدقائي.						
١٦	يكور أبي (أو أمي) الشكوى مني.						
١٧	لا يحاسبني أبي (أو أمي) على أخطائي البسيطة.						
١٨	يضربني أبي (أو أمي) بشدة على أخطائي البسيطة.						
١٩	يسامحني أبي (أو أمي) عندما أتأخر في الرجوع إلى المنزل.						
٢٠	يشتري أبي (أو أمي) لي الملابس الجديدة واللعب.						
٢١	يفكر أبي (أو أمي) فيما يسرني (يفرحني).						

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
٢٢	يحرص أبي (أو أمي) على أن أنفذ أوامره بالحرف الواحد.						
٢٣	يسامحني أبي (أو أمي) عندما أتأخر في الرجوع إلى المنزل.						
٢٤	يعاملني أبي (أو أمي) بطريقة مساوية لأخوتي.						
٢٥	يحترم (يتفهم) أبي (أو أمي) أفكاري وآرائي.						
٢٦	أشعر أبي (أو أمي) ينفر مني (لا يطيقني).						
٢٧	ينسى (يتجاهل) أبي (أو أمي) ما أطلبه منه.						
٢٨	يسخر (يستهزأ) أبي (أو أمي) من نجاحي في المدرسة.						
٢٩	يعطي أبي (أو أمي) أخوتي نقوداً (مصروفاً) أكثر مني.						
٣٠	يصر أبي (أو أمي) على عدم مشاهدتي للتليفزيون.						
٣١	يقف أبي (أو أمي) بجانبي عندما أحتاج إليه.						
٣٢	يحضر أبي (أو أمي) لي أدوات المدرسة.						

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
٣٣	لا يمنعني أبي (أو أمي) من اللعب خارج المنزل بعد المذاكرة.						
٣٤	يحضر أبي (أو أمي) الملابس والهدايا لي ولأخوتي.						
٣٥	يسمح أبي (أو أمي) لي بزيارة زملائي وأصدقائي.						
٣٦	يبتعد أبي (أو أمي) عني.						
٣٧	لايحرص أبي (أو أمي) على نجاحي في المدرسة.						
٣٨	يسبني (يشتمني) أبي (أو أمي) بإشارات نابية إذا خالفت أوامره.						
٣٩	يعطي أبي (أو أمي) الحلوى والهدايا لأخوتي فقط.						
٤٠	يرى أبي (أو أمي) أن كل ما أفعله خطأ.						
٤١	لا يتقبل أبي (أو أمي) أخطائي البسيطة.						
٤٢	يهتم أبي (أو أمي) بي عندما أكون حزيناً.						
٤٣	يسامحني أبي (أو أمي) عندما أكثر شيئاً بالمنزل دون قصد.						
٤٤	يحضر أبي (أو أمي) حاجات المدرسي لي ولأخوتي.						

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
		كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
٤٥	يناقشني أبي (أو أمي) فيما أفعله لعلاج أخطائي.						
٤٦	لا يهتم أبي (أو أمي) بمشاكلي المدرسية.						
٤٧	يضربني أبي (أو أمي) لأتفه (أقل) الأسباب.						
٤٨	يعطي أبي (أو أمي) ملابسي ولعبي لأخوتي.						
٤٩	يمنعني أبي (أو أمي) من الذهاب مع زملائي في أية رحلات مدرسية.						

ورقة إجابة

مقياس أساليب المعاملة الوالدية للأطفال العاديين

الاسم: ....

الفرقة الدراسية: ....

السن: ....

تاريخ المقياس: ....

م	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
	كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						
٩						
١٠						
١١						
١٢						
١٣						
١٤						

م	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
	كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
٢٦						
٢٧						
٢٨						
٢٩						
٣٠						
٣١						
٣٢						
٣٣						
٣٤						
٣٥						
٣٦						
٣٧						
٣٨						
٣٩						

م	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
	كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
١٥						
١٦						
١٧						
١٨						
١٩						
٢٠						
٢١						
٢٢						
٢٣						
٢٤						
٢٥						

م	الرأي في معاملة الأب			الرأي في معاملة الأم		
	كثيراً	أحياناً	نادراً	كثيراً	أحياناً	نادراً
٤٠						
٤١						
٤٢						
٤٣						
٤٤						
٤٥						
٤٦						
٤٧						
٤٨						
٤٩						

البعد	التقبل/ الرفض	الرعاية/ الإهمال	التسامح/ القسوة	المساواة/ التفرقة	الديمقراطية/ التسلطية	المجموع
الدرجة						

مفتاح تصحيح مقياس أساليب المعاملة الوالدية للأطفال العاديين

م	أ	ب	ج
١	٣	٢	١
٢	٣	٢	١
٣	٣	٢	١
٤	٣	٢	١
٥	٣	٢	١
٦	١	٢	٣
٧	١	٢	٣
٨	١	٢	٣
٩	١	٢	٣
١٠	١	٢	٣
١١	٣	٢	١
١٢	٣	٢	١
١٣	٣	٢	١
١٤	٣	٢	١
١٥	٣	٢	١
١٦	١	٢	٣
١٧	١	٢	٣
١٨	١	٢	٣
١٩	١	٢	٣
٢٠	١	٢	٣
٢١	٣	٢	١
٢٢	٣	٢	١
٢٣	٣	٢	١
٢٤	٣	٢	١
٢٥	٣	٢	١
٢٦	١	٢	٣
٢٧	١	٢	٣
٢٨	١	٢	٣
٢٩	١	٢	٣
٣٠	١	٢	٣
٣١	٣	٢	١
٣٢	٣	٢	١
٣٣	٣	٢	١
٣٤	٣	٢	١
٣٥	٣	٢	١
٣٦	١	٢	٣
٣٧	١	٢	٣
٣٨	١	٢	٣
٣٩	١	٢	٣
٤٠	١	٢	٣
٤١	١	٢	٣
٤٢	٣	٢	١
٤٣	٣	٢	١
٤٤	٣	٢	١
٤٥	٣	٢	١
٤٦	١	٢	٣
٤٧	١	٢	٣
٤٨	١	٢	٣
٤٩	١	٢	٣

ثانيا: العوامل الأساسية المساهمة في التنشئة الأسرية:

١- العلاقات الإنسانية بين الآباء والأبناء:

تؤكد الأبحاث في مجال التنشئة الاجتماعية على أن هناك اختلافاً وتبايناً في العلاقات الاجتماعية الأسرية بين أبناء الأسرة الواحدة، حيث كثيراً ما نسمع أن هذا الأب يفضل ابنه فلاناً.. على بقية أبنائه- وكم نرى أن بعض الأمهات ترحب وتعامل البنت أو الولد الأصغر سناً معاملة خاصة (كما نسميه في مصر آخر العنقود). هذه المعاملة تجعل بقية الأبناء يشعرون بأنهم ليسوا أخوة، أو بأنهم غير مرغوب فيهم، ويؤكد الباحثون أيضاً أن علاقة الآباء الآمال الكثيرة على هذا الطفل مستقبلاً.

وهكذا نجد أن العلاقة الوالدية بالأبناء في الأسرة تأثيراً هاماً في تشكيل شخصية الأبناء ونموهم ويؤكد ذلك مختار حمزة ١٩٨٣ حيث يذكر أن الطفل الوحيد أو المدلل غالباً ما يسرف الوالدين في تنشئته فينشأ أنانياً، غيوراً أو عدوانياً.

وقد طالبنا الإسلام بالعدل بين الأبناء، وفي ذلك يقول الرسول (ص): "أعدلوا بين أبنائكم، أعدلوا بين أبنائكم، أعدلوا بين أبنائكم" (رواء أصحاب السنين، والإمام أحمد وابن حيان عن النعمان بن بشير رضي الله عنهم).

٢- عدد الأفراد في الأسرة:

وفي دراسة عبد الفتاح القرشي (١٩٨٦) عن اتجاهات الآباء والأمهات الكويتيين في تنشئة الأبناء، وعلاقتها ببعض المتغيرات، توصل الباحث إلى أن نظرة الوالدين للحجم المثالي للأسرة- تتوقف

على مجموعة من الاعتبارات الاقتصادية والاجتماعية والدينية، وتلك تختلف من مجتمع لآخر.

ويشير معظم علماء النفس إلى أن الاتجاه الأسري نحو التقليص في حجم الأسرة له مزاياه وعيوبه، حيث من مزاياه أن يتيح للوالدين فرص التعامل مع الطفل، ومتابعته بدقة، وفهمه بصورة أفضل، أما عيوب التقلص في حجم الأسرة، فمنها ذلك التركز والعمق في العلاقات العاطفية بين أعضائها، مما يترتب عليه زيادة القلق أو الحماية الزائدة للطفل أو تضييق مجالات تحركه وتعامله وخبرته.

٣- نوع الأبناء والتنشئة الاجتماعية:

في المجتمعات الشرقية نجد، حتى عهد قريب، أن للذكر مكانة خاصة- بل كان العرب في الجاهلية يقومون بوأد البنات خوفاً من العار، وفي ذلك يقول الله سبحانه وتعالى: "إذا بشر أحدهم بالأنثى ظل وجهه، مسوداً وهو كظيم(٥٨) يتورى من القوم من سوء ما بشر به أيمسكه على هون أم يدسه في التراب الآساء ما يحكمون". سورة النحل، الآية (٥٩).

٤- الناحية التعليمية للأسرة:

يلعب التعليم دوراً مهماً في إعداد وتوجيه الطفل لاكتساب القيم والمعايير الخاصة بالمجتمع، وقد توصل عبد الفتاح القرشي ١٩٨٦ في دراسة عن اتجاهات الآباء والأمهات الكويتيين في تنشئة الأبناء، وعلاقتها ببعض المتغيرات، إلى أن المستوى التعليمي للوالدين يرتبط ارتباطاً موجباً باتجاه السواء في معاملة الأبناء، بحيث يزيد السواء كلما زاد المستوى التعليمي، كما يرتبط المستوى التعليمي للوالدين ارتباطاً سالباً الاتجاهات غير السوية، وكلما زاد المستوى التعليمي نقصت الاتجاهات الوالدية غير السوية، وعموماً فإن الآباء والأمهات في

عصر الحديث في مجتمعاتنا العربية يحاولون الاهتمام بالتعليم، بل هناك إلحاح شديد نحو التحصيل الدراسي والنجاح المدرسي.

٥- الطبقة الاجتماعية للآباء:

المعروف أن للآباء قيماً مختلفة باختلاف الطبقة الاجتماعية التي ينتمون إليها، وتؤثر هذه القيم في عملية التنشئة الاجتماعية لدى أبناء كل طبقة. فالآباء الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الأدنى يقدرون الاحترام والطاعة والامتثال والدقة والتأدب، والآباء في هذه الطبقة يفضلون أن يكتسب أبناؤهم هذه القيم ويقدرونها فيهم، ويهتم مثل هؤلاء الآباء بالنتائج المباشرة لسلوك أبنائهم أكثر من سن اهتمامهم بالدوافع التي تكمن وراء هذا السلوك.

ولكي يحقق هؤلاء الآباء هذه الأهداف فإنهم يتسمون بالشدة والحزم ووضع القيود مع أطفالهم الصغار، بينما يمتازون بالتسامح مع أطفالهم الأكبر سناً. أما آباء الطبقات الاجتماعية الوسطى فيركزون اهتمامهم نحو النمو الذاتي للطفل، مثل نمو الشعور بالمسئولية وتحملها، وقدرة الضبط الذاتي للطفل، وعلى دوافع التحصيل والإنجاز.

ثالثاً: دور الأسرة في التربية والتنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة:

تعد السنوات الأولى في حياة الصغار، هي الأساس الذي تقوم عليه الحياة النفسية المستقرة المتآلفة المتوافقة مع الحياة الاجتماعية لأبناء المستقبل.

والصغار يدركون من واقع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، كيف يخضعون للأعراف والتقاليد والقيم التي تسيطر على الأسرة،

وكيف تنمو لديهم القدرة على الاندماج في الحياة الاجتماعية والنماء السوي دون خلل أو اضطراب.

وتلعب الأسرة دوراً هاماً بل أساسياً في تربية وبناء أطفالهم وتنشئتهم التنشئة الاجتماعية المتوافقة مع الحياة الاجتماعية التي يعيش فيها الصغار، حتى يصبحوا فيما بعد أعضاء في مجتمع الكبار، يشاركون بفاعلية في النشاط والحياة الاجتماعية وممارسة الحقوق وأداء الواجبات.

والتعلم الاجتماعي هو الأساس الذي يتم من خلاله اكتساب ما يتعلمه الصغار، من خلال الأدوار التي يقوم بها الآباء في عمليتي التربية والتنشئة الاجتماعية.

وقبل أن نوضح كيف تتم عمليات التربية والتنشئة الاجتماعية نوضح فيما يلي أهم العوامل ذات الأثر في التربية والتنشئة الاجتماعية.

رابعا: العوامل ذات الأثر في التربية والتنشئة الاجتماعية عند الصغار:

حيث ينمو الصغار اجتماعياً من خلال عوامل ذات أثر في نموهم وتعلمهم الاجتماعي وهي عوامل:

١- الصحة والمرض.

٢- علاقة الطفل بالأسرة وبالمدرسة والمجتمع الذي يعيش فيه.

١- الصحة والمرض:

يرتبط النمو الجسمي ارتباطاً وثيقاً بالنمو النفسي الاجتماعي. فالطفل المريض أو الضعيف يتأتى بنفسه بعيداً عن الأطفال الآخرين وقد تحول تلك العزلة بينه وبين النمو الاجتماعي الصحيح.

وهو يستدر العطف من الكبار بمرضه أو بضعفه فيستجيبون لرغباته ويحققون له أمانيه. ويتطور به النمو حتى يصبح مسيطراً أنانياً، أو خجولاً خاضعاً يستمد العون دائماً من الآخرين.

٢. الأسرة والمدرسة:

يعنينا في المرتبة الأولى بيان أثر الأسرة في الحياة الاجتماعية للصغار، حيث تؤثر الأسرة في حياة الطفل تأثيراً يبدأ بالعلاقة الوثقى التي تقوم بينه وبين الأم، ثم يتطور هذا التأثير إلى علاقة أولية تربطه بالأب وبأفراد الأسرة الآخرين، وتظل هذه العلاقات تهيمن على حياته هيمنة قوية طول طفولته ومراهقته، ثم يتخفف منها نوعاً ما في رشده واكتمال نضجه، لكنه رغم كل ذلك يتأثر باتجاهاته ونشاطه في هذا المحيط وهذا المجال.

هذا، ويختلف أثر الأسرة على النمو الاجتماعي للفرد تبعاً لكونها حضارية أو ريفية، فالعلاقات العائلية تضعف كلما تقدمت الحضارة. فعلاقة الريفي بعائلته أقوى من علاقة المدني، إذ أن العائلة الريفية هي مكان الإقامة والنوم والطعام، أي أنها تحقق للفرد حاجاته الأولية، وتبدو قوة الروابط العائلية الريفية من مظاهر الشجار الذي ينشأ بين عائلتين، فهو غالباً ما يتطور إلى معركة بدنية قد تؤدي إلى القتل أحياناً.

وهكذا يتأثر النمو الاجتماعي للطفل بنوع الأسرة التي ينشأ فيها، ريفية كانت أم مدنية. هذا، والطفل الإنساني أكثر الكائنات الحية اعتماداً على أسرته، ذلك لأن طفولة الإنسان أطول طفولة عرفتها الحياة، إذ تبلغ ما يقرب من ربع أو ثلث حياة الفرد لاتصالها الوثيق بأقوى دوافع الإنسان، وهما البحث عن الطعام والدافع الجنسي.

وللأسرة أهمية بالغة في تكوين شخصية الطفل. وأثـر علاقـة الوالدين في النمو الاجتماعي. وهناك أخطـاء للبـالغين فـي تنـشئة الأطفال، فمن الناس من يحمل الطفل ما لا طاقة له به فيشعره بضعفه وعجزه، ومنهم من يعامله على أنه مجرد دمية لا تـصلح إلا للعـب واللهو، ومنهم من يعامله على أنه مجرد دميـة لا تـصلح إلا للعـب واللهو، ومنهم من ينظر إليه على أنه نجرد دمية بشرية، ومن ثم قـد يحس الطفل أنه لم يخلق إلا لإرضاء أهله أو مضايقتهم. وهكذا يؤدي به هذا الشعور إلى شعوره بالعجز والضآلة والضعف ومشاعر النقص لديه، لذلك يجب الحذر من تقويم سـلوك الطفـل بمعـايير البـالغين الراشدين، بل يجب مراعاة حياته رعاية تقوم فـي جوهرهـا علـى مميزات نموه وتطوره، وأن نغفر له أخطاءه وأن نأخذ بيده في معترك الحياة الحديثة المتشابكة المعقدة.

كما أنه يجب أن تكون علاقة الطفل بأسرته تتطور من اعتمـاده كلياً على الأم في بدء حياته وخاصة في تغذية إلى استقلاله اسـتقلالاً نسبياً عن الأم، كما أن علاقة الطفل بالأب تقوم في جوهرهـا علـى علاقة الأب بالأم، هي بذلك امتداد لعلاقة الطفل بأمه وتختلـف هـذه العلاقة تبعاً لاختلاف صور وأشكال الأسرة، فعلاقة الطفل بإخوته تقوم على علاقة الطفل بأمه، وهذه العلاقة الوثقى بين الأم والطفل تتطـور عندما يستطيع هو أن يتناول طعامه بنفسه. وعندئذ تتخذ هذه العلاقـة لنفسها لوناً جديداً، وذلك عندما يؤكد ذاته ويشعر بنفسه ويستقل عـن الأم في مطالب غذائه.

هذا، ويختلف النمو الاجتماعي للطفل باختلاف ترتيبه الميلادي، فتختلف شخصية الطفل الأول عن الأخير وعن الوحيد وعن الوحيـد، ويتأثر هذا الترتيب إلى حد كبير بأعمار الأطفال وبجنـسهم ذكـراً أم

أنثى وبأعمال الوالـــدين، وبالمــستويات الاجتماعيـــة والاقتـــصادية للأسرة.

كما يتأثر الطفل بأنماط الثقافة المختلفة عبر أســرته ومدرســته ووطنه، فيتكيف لها ويخضع لأنماطها ويكتسب معاييرها وقيمها وينمو بتفاعله معها.

كما يتعلم الطفل في مدرسته كيف يتعاون، وكيف ينافس غيـــره في حدود الإطار الاجتماعي القائم، وكيف يأخذ ويعطي، وكيف يخـــدم الجماعة ويفيد منها.

وهكذا يعمل البيت والمدرسة وتعمل الأندية والمعسكرات علـــى تنشئة الطفل تنشئة اجتماعية سوية، وعلى بناء مجتمع فاضل قوي.

وفيما يلي أهم خصائص وسمات التربية والتنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة، حيث تلعب الأسرة في ذلك دوراً أساسياً وجوهرياً في تنشئة أبنائها.

خامسا: أساليب المعاملة الوالدية والتوافق النفسي:

يخضع الطفل خلال مراحل حياته للقوى الطبيعية والاجتماعيـــة المحيطة به. وكما يولد الطفل في أسرة فإنه يولد أيضاً فـــي مجتمـــع. وعلى الطفل أن يتكيف لأنماط الحياة السائدة في بيئتـــه وإلا اعتبـــره المجتمع جانحاً شاذاً في سلوكه.

والأسرة هي البيئة الأولى التي يتعلم فيها الطفل أنماط الحيـــاة، وهي التي تعمل على تكوين العادات والتقاليد المرعية، وبهذا يـــصبح المعنى النفسي للنظام هو تحقيق التوافق النفسي بين دوافـــع ومطالـــب بيئته. والطفل الذي يتكيف تكيفاً صحيحاً مع العوامل المحيطة به، طفل مطمئن إلى حياته. متزن في انفعالاته وعواطفه. والطفل الذي يفـــشل

في إقامة هذا التكيف لا يقوى على مواجهة مشكلاته اليومية، ولذا فهو إما أن ينطوي على نفسه ويكبت دوافعه، وهو بذلك يظلم نفسه حتى لا يفتضح أمره، ولا يصبح مثاراً للنقد اللاذع المستمر، وإما أن يلجأ إلى الطرق غير المشروعة في محاولاته اليائسة لتحقيق ذلك التوافق فيبرر سلوكه الخاطئ ويلوم غيره بدل أن يلوم نفسه. ويتهم الناس بذنوبه وأخطائه، ويكذب ويسرق ويغش وينحرف بسلوكه عن جادة الصواب. وهكذا تنشأ مشكلات الطفل السلوكية من فشله في توافقه مع بيئته ومع أحداث حياته.

يولد الطفل وهو لا يعرف القيم التي سيخضع لها، ولذا تسمى مرحلة الطفولة أحياناً بمرحلة النظام. وعلى الطفل أن يتعلم كيف يسلك المسلك المناسب في الوقت المناسب أو المكان أو الموقف المناسب، وأن يفهم الأساس التي تقوم عليها هذه العملية حتى لا يكون خضوعه لها خضوعاً آلياً، بل خضوعاً محبباً إلى نفسه، يبذله عن طواعية ورضا.

وكل طفل في حاجة إلى النظام، وذلك لأن النظام الصالح يحقق للطفل الشعور بالطمأنينة ويوضح له حدود الخير والشر، وحدود الحرية والفوضى. وهكذا يرى الطفل طريقة ويسير على هدى من أمره. ولذا يجب ألا نغالي في النظام حتى لا يصبح صارماً، ويجب ألا نتهاون فيه حتى لا يعيش الطفل في فوضى لا يدري كنهها.

متى يصبح النظام صارماً؟ ولماذا يلجأ بعض الآباء إلى الصرامة في تربية أولادهم؟ وما هي آثار النظام على حياة الطفل؟

تلك مشكلات يواجهها كل أب في محاولاته المتعددة لتنشئة أطفاله تنشئة اجتماعية صحيحة. ولقد ورثنا الصرامة عن الأجيال السابقة، فكان الطفل يعامل وكأنه رجل صغير، وكان يضرب ضرباً

مبرحاً حتى تستقيم نوازعه الشريرة، وكان الرأي السائد وقتئذ أن ما كان يصلح للأجداد يصلح لأبنائهم وأحفادهم.

وبذلك تنشأ الصرامة من مغالاة الآباء والأمهات في تأكيد العادات والتقاليد السائدة. وتؤدي هذه المغالاة إلى عكس النتيجة المرجوة.

والتهاون معناه المبالغة في الحرية إلى الحد الذي يترك فيه الطفل على هواه يفعل ما يريد وكما يشاء. وقد نشأ هذا الاتجاه كرد فعل طبيعي للمبالغة في الصرامة. ولكن التهاون بهذه الصورة ليس هو الطريقة الصحيحة لتكوين النظام. لأنه يؤدي بالطفل إلى الخروج على التقاليد المرعية والعرف القائم. وبذلك يصطدم مثل هذا الطفل بواقع الحياة عندما يتصل بالمجتمع الخارجي من قريب أو بعيد.

ويجنح الطفل عندما ينشأ في نظام عائلي مرتبط تتصارع فيه مظاهر السيطرة بين الأب والأم، وبين الأب ونفسه في موقفين متشابهين، وبين الأم ونفسها في موقفين متتاليين.

والأم التي تدلل الطفل، والأب الذي يغالي في السيطرة يتنازعان فيما بينهما، ويلغي كل منهما أثر الآخر ويبقى الطفل بينهما ضالاً لا يرى حدوده ولا يعرف مسالكه.

ولذا يجب ألا يكون النظام السائد في الأسرة صارماً، ولا متهاوناً ولا متضارباً.

١ـ علاقة الطفل بالراشدين:

يستجيب الطفل في سلوكه الاجتماعي بالراشدين قبل أن يستجيب للأطفال.

٢ـ علاقة الطفل بالآباء:

يتأثر سلوك الفرد خلال مراحل حياته بخبرات طفولته المبكـرة، وبما أن بيئة الطفل في باكورة حياته لا تخرج عـن محـيط البيـت والأسرة، فإن تلك البيئة تلعب دورها الرئيسـي فـي تكـوين وبنـاء شخصية الطفل في حياته المقبلة. ولذلك يتحدد نمط هـذه الشخـصية واتجاهاتها نحو الآخرين، ونحو الأشياء، والحياة عامة نتيجـة لنـوع علاقات الطفل بوالديه، وأخوته، وأجداده وأقربائه الآخرين. وبـالرغم من أن شخصية الفرد تخضع بعد ذلك، وخلال مراحل الحياة المتتابعة لمؤثرات مختلفة وذلك عندما يكبر الفرد، ويتسع نطاق بيئته الاجتماعية وتزداد خصوبة خبراته إلا أن جوهر شخصيته كما تكون في الطفولة المبكرة يظل هو المحرك الرئيسي.

٣ـ الولادة وسلوك الأم نحو الطفل:

الولادة العسرة تؤثر على سلوك الأم نحو طفلها فتجعلهـا أكثـر حماية له من الأطفال الآخرين لأنها لاقت الأمرين أثناء عملية الولادة. وهي لذلك تغالي في حماية طفلها. وهذه المغالاة تؤثر علـى تكـوين شخصية لتجعله أكثر اعتماداً على الآخرين من اعتماده على نفسه.

وتزداد هذه الظاهرة وضوحاً عندما تعلم الأم أنها لن تنجب بعـد ذلك، إلا هذا الطفل نتيجة لتلك الولادة العسرة.

٤ـ مراحل تغير علاقة الطفل بالوالدين:

تتغير علاقة الطفل بوالديه تبعاً لتغير نمط حياته من كائن يعتمد عليهما اعتماداً كلياً إلى فرد يعتمد على نفسه جزئياً، ثم يتزايد بعد ذلك اعتماده على نفسه، ويصاحب هذا التغير تحول الوالدين من تقبل الطفل إلى رفضه ثم تقبله مرة أخرى.

وكلما كبر الطفل وأصبح أكثر اعتماداً على نفسه، تحولت حماية الوالدين إلى قيود وضوابط.

ويتأثر الطفل بالتغير الذي يحدث من الاعتماد على الغير إلى الاعتماد على النفس بترتيبه الميلادي، وغالباً ما يقع الأول فريسة للحماية الضارة التي تزداد عن حدها الطبيعي أكثر مما يتأثر بها الأطفال الآخرون. ولذا فإن الطفل الأول يتحول خلال مراحل حياته التالية إلى شخصية تركن إلى معرفة الآخرين أكثر مما تعتمد على نفسها.

وتمر بالطفل مرحلتان حرجتان في تحوله من اعتماده على الغير إلى اعتماده على النفس. تقع الأولى في نهاية السنة الأولى، وذلك عندما يختبر الطفل أمه ليرى مقدار ما يعتمد عليها، ومقدار ما يستقل بنفسه عنها. وبالرغم من أن الطفل في هذا السن مازال يعتمد على أمه اعتماداً كبيراً، وبالرغم من أنه في حاجة إلى الرعاية التي بدونها لا تنمو شخصيته في اتجاهها الطبيعي، إلا أن أغلب الأمهات يبالغن في تحقيق حاجات الطفل إلى الحد الذي يحول دون تشجيع تحول الطفل نحو اعتماده على نفسه عندما تواتيه الفرصة.

وتقع المرحلة الحرجة الثانية السنة الثانية، وذلك عندما تزداد الضغوط الاجتماعية على الطفل ليغير مسلكه السابق. وهذا مما يدعوه إلى محاولة الاحتفاظ باعتماده على والديه ليتجنب المتاعب التي يفرضها عليه تحوله من اعتماده على غيره إلى اعتماده على والديه ليتجنب المتاعب التي يفرضها عليه تحوله من اعتماده على غيره إلى اعتماده على نفسه.

٥ـ علاقات السيطرة والإذعان بين الآباء والأبناء:

تتخذ علاقات السيطرة والإذعان بين الآباء والأبناء أحد الصور الأربعة التالية:

١- الآباء الذين يسارعون إلى تحقيق مطالب الطفل ولا يثقلون عليه بمطالبهم.

٢- الآباء الذين يسارعون إلى تحقيق مطالب الطفل ولا يثقلون عليه بمطالبهم.

٣- الآباء الذين يسارعون إلى تحقيق مطالب الطفل ولا يثقلون عليه بمطالبهم.

٤- الآباء الذين يسارعون إلى تحقيق مطالب الطفل ويثقلون عليه بمطالبهم.

وتمر عمليات السيطرة والإذعان بين الآباء والأبناء بمراحل ثلاث أولها وأدناها هي مرحلة الصياح والابتسام. فيصيح الطفل لإخضاع والديه بمطالبه، واستمراره في الصياح عقاب لهما إذا لم يحققا مطالبه. وابتساماته مكافأة للذين حققوا مطالبه، وهكذا يتحكم الطفل في الكبار عن طريق العقاب والثواب، العقاب عندما يصيح والثواب عندما يبتسم، وبذلك يتحكم الطفل في سلوك والديه كما يتحكم الآباء والأمهات في سلوك أطفالهما.

والمرحلة الثانية في وسائل السيطرة والإذعان هي مرحلة الأوامر والنواهي والرغبات التي يعبر بها الآباء أو الأبناء تعبيراً لفظياً مباشراً مثل أفعل هذا أو لا تفعل ذلك أو أحب هذا، أو لا تحب ذلك.

ثم تصل وسائل السيطرة والإذعان إلى آخر تطوراتها حينما يصاحب التعبير اللفظي مبررات ودواعي هذه المطالب، فلا يعبر الطفل عن مجرد رغبته، بل يبرهن على أحقيته في تحقيق هذه الرغبة، وكذلك عندما يطلب الآباء أمراً فإنهم يقرنون هذا المطلب بمبرراته.

٤- خلافات الطفل مع والديه وأخوته:

تصبح خلافات الطفل مع والديه وأخوته واضحة في الطفولة المتأخرة، أي من السادسة إلى الثانية عشرة، وخاصة في السنوات الأخيرة من هذه المرحلة وذلك بعد سن التاسعة. وبعد ذلك يتغير اتجاه الطفل نحو والديه ويتغير أيضاً اتجاه الوالدين نحو الطفل ويصبح الوالدان أكثر نقداً وعقاباً، وأقل عطفاً وحناناً، وأشد حزماً في علاقاتهما بالطفل. وربما حدث هذا التغير في العائلات الكبيرة نتيجة لتحول اهتمام الوالدين نحو الأطفال الصغار، وخاصة من هم سن الثالثة وما يقاربها.

ومهما يكن من أمر تغير علاقات الوالدين بأطفالهما الكبار، فإن هؤلاء الأطفال يصبحون أكثر ثورة على السلطة وخاصة عندما ينتقد الوالدان أصحابهم، وعندما يحاولان أن يبعدا هؤلاء الصحاب عنهم لأمر ما أو الآخر. وهذا مما يزيد شقة الخلاف بين الطفل ووالديه، ومما يؤدي إلى زيادة حدة الخلاف والنزاع.

وما توشك هذه المرحلة على الانتهاء حتى يكون الأطفال قد أبحوا مهيئين لتطورات المراهقة، وما تنطوي عليه من ثورة أكيدة على سلطة الأسرة والمدرسة.

وتقع شقة الخلافة أيضاً بين طفل التاسعة وما بعدها وبين أخوته، وينتقل خلاف الطفل مع الجنس الآخر من خارج الأسرة إلى خلاف الولد مع أخته، والبنت مع أخيها داخل الأسرة، ويتعرض الطفل في هذه المرحلة من حياته إلى نقد أخوته الكبار، ويثور عليهم وعاسي نقدهم، لذلك يصبح أقرب إلى أخوته الصغار منه إلى الكبار.

ولهذا يضطرب البيت بتلك الخلافات، وإذا حاول الوالدان إصلاح بين ذات البين، اتهمهم الأبناء الصغار بالتحيز إلى أشقائهم المراهقين.

فالأسرة الحديثة هي الأسرة الصغيرة التي تتكون من الـزوجين وأبنائهما، وهي المدرسة الأساسية لكل طفل، لأن ما يتعلمه فيها يبقى معه طول حياته. وعن طريقها يكتسب قيمه الاجتماعية ومعايير سلوكه، ويكتسب ضميره الأمر الناهي الذي يثيبه على خير ما يقوم به ويعاقبه على شر ما يقترفه وذلك عندما يتصل الطفل بسلطة أبيه.

وتعد الأسرة، بلا منازع، الجماعة الأولية التي تكسب النشء الجديد خصائصه الاجتماعية الأساسية. أي أنها الوسيلة الرئيسية للتنشئة الاجتماعية.

ويتأثر الطفل في التنشئة الاجتماعية بالمستوى الاقتصادي الاجتماعي لأسرته ويأثر ذلك المستوى على تحقيق مطالبه، ويختلف سلوك الأب والأم قبل ولادة الطفل عن سلوكهما بعد ولادته، وبذلك تصبح عملية التنشئة الاجتماعية عملية متبادلة أي عملية تأثير وتأثر.

وسيأتي بيان جميع تلك الأدوار التي تقوم بها الأسرة في تنشئة الطفل اجتماعياً فيما يلي:

أ-دور الأسرة في تكوين المعايير:

عن طريق الأسرة يكتسب الطفل المعايير العامة التي تفرضها أنماط الثقافة السائدة في المجتمع. ويكتسب أيضاً المعايير الخاصة بالأسرة التي تفرضها هي عليه.

وبذلك تصبح الأسرة، بهذا المعنى، وسيلة المجتمع للحفاظ على معاييره، وعلى مستوى الأداء المناسب لتلك المعايير.

وتعتمد تلك المعايير في فعاليتها على دور الفرد في الأسرة، وما يقوم به من نشاط، وما يرتبط به من علاقات، وعلى نوع تفاعله

الاجتماعي السوي مع بقية أفراد الأسرة، بما في ذلك مدى إمكانية تحقيق مطالبه في مقابل تحقيق متطلبات الأسرة.

وبذلك تصبح علاقة الفرد بالأسرة علاقة تبادلية قوامها الأخذ والعطاء، وضوابطها ما يسود بين الأسرة وأفرادها من معايير عامة ومعايير أسرية.

ولهذه المعايير أثرها الفعال في تعديل السلوك الاجتماعي للفرد، وفي تحديد مسار تنشئته الاجتماعية.

وعلى سبيل المثال قد يرضي الفرد أن يصبح كبش فداء بالنسبة لبقية أفراد الأسرة ليقي الأسرة كلها من الصراعات الداخلية كما تدل على ذلك نتائج بعض الأبحاث الكلينيكية.

وجمود المعايير التي تحددها الأسرة لأفرادها يجنح بهم نحو السلوك العصابي بل والذهاني أحياناً. وتعارض المعايير بالنسبة للموقف الواحد يعوق عملية تكامل التنشئة الاجتماعية للفرد، كمثل الأب الذي يطالب ابنه بسلوك ما في أحد المواقف ثم يعود ليطالبه بعكس ذلك السلوك في نفس الموقف أو في المواقف الأخرى الشبيهة به.

ب- أثر سيطرة أحد الوالدين على التنشئة الاجتماعية:

لسيطرة أحد الوالدين أثرها المباشر على نوع الدور الذي يسلكه الطفل في حياته الراهنة والمقبلة فإذا كان الأب مسيطراً فإن ذلك ينحو بالذكور من الأطفال إلى تقمص دور الأب وبذلك يميلون في سلوكهم إلى النمط الذكري الرجولي.

وإذا كانت الأم هي المسيطرة فإن ذلك يؤدي بالأطفال الذكور، في الأغلب والأعم.

سادسا: بعض الأساليب الخاطئة في تنشئة الأبناء:

١- إن أول ما يتبادر إلى ذهننا تلك المظاهر السيئة والخاطئة في عملية التنشئة في عصرنا الحاضر، فهناك سوء فهم للطفل في أسرنا، فلا يوجد عندنا تقدير لسن الطفل، بل نحن لم نحترم الطفل منذ الصغر، فنسميه بالجاهل كنوع من الاحتقار له.

٢- من مظاهر سوء التربية عملية التشهير بأبنائنا أمام الآخرين، مبنيين لهم مساوئ وأخطاء الطفل. ويؤكد كثير من علماء النفس أن هذه الأساليب الخاطئة بالتشهير له أمام الآخرين يجعله يفقد الثقة في نفسه، ويحتقر شخصيته. لأنه يعد نفسه مسئولاً عن أي خطأ في الأسرة، وبالتالي فقد يؤدي به هذا إلى أن يكون منحرفاً كذاباً، سارقاً أو لصاً.

٣- يقوم بعض الآباء بتخويف أبنائهم بأشياء وهمية غير حقيقية، دون أن يعرف هذه الأشياء، فنقول له سوف نأخذك للحرامي، للكلب، للشرطي فنسمي له الأشياء بغير مسمياتها الصحيحة، ونجده ينشأ على الخوف من أشياء قد لا يكون خائفاً منها، وبالتالي يخشى أن يقدم على أي عمل، وهنا نغرس فيه الخوف والجبن.

٤- إن انشغال الآباء بأعمالهم قد يؤدي بهم إلى التضايق من أبنائهم وإرسالهم إلى الخادمة، أو تركهم يلعبون خارج البيت.

هذه بعض الأساليب الخاطئة التي نعتقد أنها شائعة في المجتمع الكويتي بصفة خالصة، ومن أساليب التربية الخاطئة التي تؤثر في تنشئة الطفل عامة ما يلي:

الأساليب المباشرة:

أ- الحرمان:

وهو يقوم على كف الطفل عن الحصول على احتياجاته، مما يجعله يشعر بالعجز، ومن مظاهر الحرمان من عطف الأم أو الأب، أو كلاهما، وقد يؤدي ذلك إلى المرض النفسي وسوء التكيف، وعدم إشباع الحاجات الأساسية.

ب- الإهمال:

ويقصد به الإهمال البدني والعاطفي والوجداني، ويتمثل في عدم رعاية الوالدين للأبناء، والسهر على راحتهم من مأكل ومشرب وملبس (بدني)، وغياب الأم نتيجة الانفصال، مما يشعر الطفل بالقلق والاضطراب العاطفي، وعدم الإجابة على أسئلة الطفل، أو مدحه عند قيامه بعمل طيب (وجداني).

ج- العقاب:

ويقصد به الإفراط في العقاب البدني والنفسي، ومن مساوئه شعور الطفل بالظلم، وتكوين مشاعر عدوانية تجاه الآخرين، والقيام بالسلوك الجانح.

د- القسوة:

وتؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس، وعدم الاعتماد الذاتي، وضعف الضمير، وكراهية الأسرة والمجتمع.

هـ- التساهل:

ومن عوامله تفكك العلاقات الأسرية، وفاة أحد الوالدين، الطفل الوحيد، حرمان أحد الوالدين في طفولته والتعويض الزائد عن طريق

التساهل، الاستعانة بالمربيات والخدم، ومن آثاره عدم شعور الطفل بالمسئولية وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الغير، والأنانية، وطلب الحقوق دون أدواء الواجبات.

ولاشك أن قيام الوالدين بهذه الأساليب الخاطئة من التربية يتناسب طردياً مع جهلهم بأصول التربية، وانخفاض مستواهم التعليمي، وانشغالهم عن الأسرة، والأمر يزداد سوءاً في حالة الاستعانة بخدم أو مربيات للقيام بعملية التربية أو الرعاية، فالجهل بالإضافة إلى عدم توفر الدافع أو الحافز يؤدي إلى نتائج سلبية.

سابعا: الأسرة السوية وخصائص الأسرة اللاسوية:

يمكن تمثيل الأسرة على متصل، طرفه أقصى اليمين قمة سوية الأسرة، وطرفه أقصى اليسار قمة لا سوية، وتقع معظم الأسر في نقطة أو أخرى بين هذين الطرفين، ويكون نصيب الأسرة من السواء بقدر قربها من قطب السواء أي من اتصافها بخصائص السوية، وبالتالي فالأسرة لا سوية بقدر قربها من قطب اللاسواء، أي من اتصافها بخصائص اللاسوية، وبالتالي يمكن القول أن الأسرة السوية هي الأسرة التي تشبع فيها حاجات مختلف أفرادها، أما الأسرة اللاسوية فهي التي تعجز عن إشباع حاجات وأهداف أفرادها.

ومن أهم هذه الحاجات التي تشبعها الأسرة السوية لأفرادها، كما ذكرها جلادنج (Gladding 1988)، (Muro & Kottman 1988)، (Corey, 1996) والتواصل الملائم الذي يتيح الفرصة للأفراد أن يعبروا عن مشاعرهم ويفكروا بطريقة واضحة، بدون خوف من العقاب أو الرفض من باقي أفراد الأسرة، بالإضافة إلى تشجيع أعضائها على المشاركة في الخبرات، والاتفاق على ما يفعلون، وفي نفس الوقت السماح للآخرين بفعل ما يريدون، لذلك فالأفراد في الأسرة السوية

يظهرون تعاطفاً أكثر تجاه الآخرين، وعلاقات بين شخصية إيجابية، وتقارباً حميماً بين الأنساق الفرعية في استجاباتها لمختلف الظروف أو الأحوال ودائرة حياة الأسرة، أي أنها أسرة ذات حدود مرنة، واضحة، فضلاً عن قوة العلاقة الزواجية بين الوالدين التي تسهم في التوافق مع تغيرات الحياة وتنشئة أفراد ذوي شخصية متمايزة. (صلاح مخيمر، ١٩٨٦)

في حين نجد أن الأسرة اللاسوية تعجز عن إشباع الحاجات السابقة، حيث ذكر جلادنج (Gladding 1988)، وميرو وكوتمان (Muro & Kottman 1988)، وكوري (Corey 1996) ، أن الأسرة اللاسوية تمارس أداءً أسرياً مفككاً، فالأفراد ممن لديهم القدرة على التعبير عن ذواتهم، أو بمعنى آخر أسر لا تشجع على التمايز الشخصي أو التفرد، بل يسيطر على أفرادها الشعور بالاغتراب عن أنفسهم والآخرين، والتواكل على بعضهم البعض، فهي تمتلك حدوداً جامدة، وقواعد غامضة، ويجهل أعضاؤها كيفية تشكيل تلك القواعد، وطريقة تغييرها.

وفي هذا الصدد، يوضح جولدستين وآخرون (Goldstein 1986) أن الأسرة اللاسوية تملك حدوداً جبلية معابة Faulty وعلاقات مشوهة في وحدة الأسرة.

وهكذا يتضح أن الأسرة السوية تملك حدوداً نفاذية تسمح بإقامة تفاعلات من وإلى خارج النسق الأسري. فضلاً عن تمايز أفرادها، مع الحفاظ على الاعتماد المتبادل بينهم وبين النسق الأسري، وعلى العكس، تعاني الأسرة المعتلة من افتقار ماسبق، الأمر الذي ينعكس على اضطرابها، وبالتالي اغتراب أفرادها، وفي ضوء ذلك يمكن القول أن الأسر التي يعاني طفلها المعاق سمعياً من اضطراب في الشخصية، لا يعتبر هذا الاضطراب اضطراباً فردياً، ولكنه اضطراب أسرة

أفصح عن نفسه من خلال أحد أفرادها. وبالتالي فالعلاج أو التدخل ينبغي أن يركز على الأسرة جميعها، وليس الفرد ذاته.

التفاعلات اللاسوية داخل الأسرة:

يعرض المؤلف في هذا القسم بعض التفاعلات اللاسوية في الأسرة والتي تسهم في اضطراب شخصية أفرادها، ومن أهمها ما يلي:

١) **العلاقات المتبادلة الكاذبة:**

ويذهب حامد الفقي (١٩٨٤) إلى أنها شكل من الترابط الأسري يهتم فيه أعضاء الأسرة بتحقيق الانسجام بين الأدوار المحددة لكل منهم على حساب الهوية الفردية، فمحاولات الاستقلال الذاتي أو التفرد الشخصي يفسر على أنه نوع من قطع العلاقة أو الرابطة الأسرية وبالتالي ينبغي تجنبه.

ويشير هذا المصطلح معجمياً إلى العلاقة العائلية التي لها مظهر سطحي قوامه تبادل العواطف والصراحة والتفاهم، على الرغم من أن هذه العلاقات في حقيقتها جافة وجامدة وغير شخصية. (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، ١٩٩٣)

لذلك يرى محمد محروس (١٩٩٤) أن هذه العلاقات الكاذبة نوع من التقارب الزائف– خاصة في أسر الفصاميين– والذي يشير إلى وجود حالة من الاستغراق الزائد للتلاؤم بين أطراف العلاقة على حساب تمايز هواياتهم، أي فقدان الفرد لحدوده، وبالتالي يصبح الفرد سيء التوجه ونتيجة لهذه العملية من الخلط والتداخل، فإن الفرد يصبح في حالة اعتماد على الأسرة ولا يمكنه مفارقتها.

ويؤكد كورسيني (Corsini 1996) على أن هذا التشكل من التفاعل الأسري يسهم في فقدان الحدود بين أفراد الأسرة، وللتغلب على ذلك

ينبغي تغيير الحدود بالقضاء على الفواصل الموجودة بين الحدود لخلق ائتلاف جديد، وهذا ما أطلق عليه مينوشن Minuchin مفهوم العرقلة.

وهكذا يتضح أن الأسر ذات العلاقات المتبادلة الكاذبة، أسر ذات نسق مغلق، يشيع فيه العلاقات الزائفة بين أنساقه الفرعية بعضها البعض، دون القدرة على الاندماج مع الأنساق الخارجية، وبالتالي فالطفل المعاق سمعياً الذي ينشأ في ظل هذه العلاقات يكون أكثر اتكالية أو اعتماداً على الآخرين، عاجزاً عن الاستقلال الذاتي، فاقد الحاجة إلى الشعور بالألفة، الأمر الذي ينعكس سلباً على خصائص الشخصية وتوافقه مع الآخرين.

٢) القيد المزدوج:

ويقصد به أن يكون الفرد في موقف يعجز فيه عن الاختيار الصحيح، لأنه حين يختار أي اختيار لن يكون مقبولاً، فإذا فعل شيئاً يشجب عليه، وإذا لم يفعله يشجب عليه أيضاً. (محمد محروس، ١٩٩٤)

ويرى علاء الدين كفافي (١٩٩٧) أن الطفل في هذا الموقف- أي موقف القيد المزدوج يتعرض لرسائل متناقضة من والديه- وخاصة الأم- واستمرار تعرض الطفل لهذا الموقف من شأنه أن يؤدي إلى المسالك المرضية، والنموذج النمطي لهذه المعاملة هو أن يتلقى الطفل أمرين متعارضين، فيؤمر بأن يفعل شيئاً، ثم يؤمر بطريقة أخرى ألا يفعل نفس الشيء.

ويذهب حامد الفقي (١٩٨٤) إلى أن الطفل في موقف القيد المزدوج يمثل الضحية ويدرك هذا الشخص أن حياته مبنية على عدد من التفاعلات ذات القيد المزدوج مع الأشخاص الأكثر أهمية في حياته أي الوالدين.

وفي ضوء ذلك يتضح أن الطفل الذي يقع فريسة هذا الموقف يعاقب في كلا الحالات، لتعرضه لرسائل متناقضة من والديه، فالرسالة الواحدة تحمل مطلبين على سبيل المثال الأم تطلب من ابنها أن يظل ابناً مطيعاً مرتبطاً بها، وفي وقت آخر تطلب منه أن يكون شخصاً ناضجاً غير خاضع لأحد، وهكذا يتلقى الطفل رسالتين متناقضتين تبعاً لمفهوم دولار وميللر والذي يعد شكلاً من أشكال صراع الاقتراب- الاجتناب. (سامية القطان، ١٩٨٠)

ويرى صالح حزين (١٩٩٥) في محاولة لتوضيح المفهومين السابقين- العلاقات المتبادلة الزائفة والقيد المزدوج- أن العلاقة بين الأب، والأم في الأسر اللاسوية تقوم أساساً على مبدأ التبادلية الزائفة، وتتميز العلاقة بينهم بالرسائل ذات الرباط (القيد) المزدوج، الأمر الذي يسهم في انتقال التزييف القائم بينهما أي بين الأب والأم إلى الطفل عندما يخلقان له واقعاً مزيفاً يخفي واقعاً حقيقياً لا يتحملاه، فالأمهات في هذه الأسر تحاول تضخيم الهوة بين عالم الطفل الداخلي وعالمه الخارجي حتى تبقى طفلها في حاجة إليها وتظل الوسيط الوحيد له إزاء الواقع الخارجي من ناحية، وتدفعه للاعتماد عليها في التعرف على ذاته حتى تتيح لنفسها فرصة أوسع لتزييف إحساسه بذاته، فنجدها تشبع له رغباته قبل أن يشعر بها فتعطل بذلك محاولاته للاستقلال بنفسه أثناء محاولة اكتشاف رغبته.

٣) **المثلث غير السوي:**

يرى علاء الدين كفافي (١٩٩٩) أن المثلث غير السوي Preverse Triangle يتكون عادة من أحد الوالدين مع الطفل (وقد يلعب جنس الطفل دوراً في تكوين المثلث مع الأم أو مع الأب).

وتتركز العمليات غير السوية في هذا المثلث المتمثل في الأب، الأم، الابن- الذي حددته الأسرة باعتباره المريض- ويتكون هذا الابن أضعف الحلقات في المثلث ويتكون بقية أفراد الأسرة بمعزل نسبياً عن الدائرة الخبيثة ويمكن تصوير حالة المثلث المرضي على النحو التالي:

- أم قاصرة عاجزة عن تحقيق التوافق الصحيح، لذلك تعمد إلى السيطرة على ابنها، وتفعل كل شيء لحمايته، لا وجود حقيقي لزوجها في حياتها.
- مريض- ابن- ضعيف قليل الحيلة يهب نفسه لأمه، لأنه لا يستطيع، ولا تسمح له الأم أن يفعل شيئاً غير ذلك مما يعزز ضعفه.
- والد هامشي ليس له قيمة سيكولوجية حقيقية في حياة ابنه، وهذه الهامشية تشجع الابن على الارتماء في أحضان الأم والارتباط بها، لحاجته لما تقدمه له.

يتضح أن الابن أو الطفل المرشح للمرض عنده، يصل إلى سن المراهقة يتحول من طفل عاجز إلى راشد سيء التوافق، وإذا أراد أن يتحرر من أمه فإن عليه أن يواجه العالم الخارجي بدون (أنا) قوية، فينتهي به الأمر إلى أن يصبح مريضاً عاجزاً، وتمزق الارتباطات التكافلية بين هذا المراهق وأمه لأي سبب من الأسباب كفيل بأن يفجر الاضطرابات النفسية بشكل صريح. (علاء الدين كفافي، ١٩٩٩)

ويذهب ميرو وكرتمان (Muro & Kottman 1995) إلى أنه عندما يكون الفرد جزءاً من ثالوث (مثلث) فإنه يستجيب استجابة عاطفية أكثر منها استجابة عقلية، الأمر الذي يعوق تقدم الفرد نحو التفرد.

ومن هنا يتضح أن الطفل في المثلث غير السوي، يمثل الضحية أو بتعبير آخر كبش الفداء لهذا المثلث، الذي يمثل أحد أضلاعه الأم التي تملك زمام الأمور في الأسرة– أي الأم المسيطرة– ويمثل الأب الضلع الثاني، والذي يقف موقف الخنوع تاركاً الزوجة تفعل كما تشاء دون تدخل، وبالتالي فهذا الطفل يسير طبقاً لأوامر ونواهي والديه، ويستمر في ذلك بشكل شعوري أو لا شعوري، الأمر الذي يعوق شخصيته فيما بعد واتجاهه نحو التفرد، وبذلك يتضح أن التفاعلات المرضية السابقة، تعوق تفرده وتنمي عنده الاتكالية على الوالدين وخاصة الأم.

ويتفق العلماء على أن الأم هي أول وأهم وسيط للتنشئة الاجتماعية، فهي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية والرعاية التي تمد بها الطفل، فهي تبدأ في تنبيه العواطف والرموز التي تعطي الطفل الطبيعة الإنسانية، كما تمكنه من أن يصبح عضواً مشاركاً بصورة إيجابية في المجتمع.

ومع اتفاق العلماء على أهمية الأسرة وأثرها العميق في تنشئة الطفل الاجتماعية، فإنهم يحرصون على إظهار دور الأم على أنه الدور الرئيسي في عملية تنشئته المبكرة، ويؤكدون بشدة على مركزها الجوهري بالنسبة للطفل، وبخاصة في السنوات الأولى من حياته.

والأم لا تقدم الغذاء والوقاية فقط، بل تقدم معها ما هو أهم من عطف وحب وحنان، وإذا كان إهمال الغذاء والحماية، كثيراً ما بالطفل إلى المرض أو إلى الهلاك في بعض الأحيان، فإن إهمال الطفل وحرمانه من العطف والحنان والمحبة، غالباً ما يهدد كيانه بالخطر لأن الحرمان العاطفي كالجوع، لا يمكن للطفل أن يتغلب عليه أو يتحمله دون أن يصيبه منه الضرر وخاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل.

نظراً لأهمية الأم وأهمية دورها في حياة الطفل، فإن حرمان الطفل من عطفها ومن وجودها خطورة كبيرة عليه، فالعلاقة الوثيقة التي تربط الطفل بأمه تمثل الدعامة الأولى والتي تمده بالحياة وتكون بنيانه الأساسي.

ولا يوجد شيء في الدنيا يجعل الطفل يشعر بمثل هذه الأحاسيس من سعادة ومرح مثل هذا الاندماج الأمومي ولا أدل على ذلك من وجود بعض المظاهر التي تؤثر على العلاقات الاجتماعية عند الطفل مستقبلاً، فمثلاً ابتسامة الطفل لأمه ما هي إلا نوع من الود بين الطرفين، وهذا الود ينمو كلما سار التفاعل المتبادل في نفس الاتجاه

الوقاية من الحرمان من الأم:

١- عند فقدان الأم بسبب الموت أو المرض أو الطلاق، فإنه يجب رعاية الطفل من قبل أم بديلة قادرة على أن تقدم له كل الرعاية والاهتمام والحب.

٢- عدم تكرار ما عاناه الوالدان من حرمان في طفولتهم مع أبنائهم، بل يجب عليهم منح الأطفال الرعاية والحب والاهتمام حتى لا تبدأ المأساة من جديد.

٣- ضرورة تفاعل الأسرة مع الأقارب حتى يتمكن الأطفال من الحصول على العطف من أقاربهم إذا عجزت الأسرة عن تقديم هذا العطف في بعض الأحيان.

٤- إشعار الطفل بأنه مقبول ومرغوب فيه من قبل الوالدين وخاصة الأم وترجمة هذا القبول إلى أفعال.

٥- يجب على المجتمع تقديم الرعاية الكافية للأطفال المحرومين من الأم.

وفي ضوء ذلك نرى أنه يجب أن تتشابك وتتضافر هذه العوامل بعضها مع بعض سواء كان ذلك على مستوى الأسرة أو الأقـــارب أو المجتمع حتى يمكن أن نخفف من الآثار السيئة والضارة الناجمة عـــن الحرمان من رعاية الأم، وبذلك ينعكس على شخصية الطفل وسـلوكه بشكل إيجابي، وينمو لديه مفهوم إيجابي نحو الذات.

الفصل السابع

برامج علاجية للنشاط الزائد

- برنامج تدريبي لتنمية المهارات اللغوية للأطفال ذوي النشاط الزائد.
- برنامج علاجي لتنمية الانتباه لدى مجموعة من الأطفال ذوي النشاط الزائد.
- برنامج تدريبي للأطفال ذوي النشاط الزائد لتنمية مهارات التواصل الاجتماعي.
- ألعاب مقترحة للآباء للتخلص من النشاط الزائد لدى الأبناء.

الفصل السابع

برامج علاجية للنشاط الزائد

برنامج تدريبي

لتنمية المهارات اللغوية للأطفال ذوي النشاط الزائد

يمكن أن نشير إلى ملامح هذا البرنامج على النحو التالي:

- خطوات بناء البرنامج:

يتم التخطيط العام للبرنامج عن طريق تحديد الهدف من تصميمه وإعداده ومعرفة حدوده ومحتواه ومعرفة الأسس النفسية والاجتماعيـة المراعاة في تصميمه والأنشطة المتضمنة داخل وحدته، بالإضافة إلى الوسائل والأدوات المستخدمة في تنفيذه ووسائل تقويمه وإيضاح كـل الخطوات المنهجية والإجرائية المتبعة في تصميم وحداته وتدريباته.

- أهداف البرنامج:

الأهداف هي أولى الخطوات التي يجب مراعاتها عند التخطـيط لإعداد أي برنامج، فهي المعيار الذي تختار في ضـوئه المحتويـات الخاصة بالبرنامج وتحديد أساليبه وطرق تقويمه، كما أنها توجه المعلـم وتساعده عند اختيار الخبرات التربوية المناسبة.

وتحددت نوعين من الأهداف أحدهما عامة يتفـرع منهـا ثانيـة الأهداف الفرعية الخاصة بكل وحدة من وحدات البرنامج على حدة.

الهدف العام:

يهدف البرنامج إلى الإثراء اللغوي للطفل ذو النـشاط الزائـد علـى تفسير الرموز البصرية والسمعية، بالإضافة إلى قدرته على التعبير اللفظي.

كما يهدف أيضاً إلى تنمية المهارات اللغوية لديه بما يتمشى مع استعداداته وإمكاناته وقدراته، مع إتاحة الفرصة للتفاعل والتواصل اللفظي والتعبير عن رغباته وحاجاته.

- تقويم البرنامج:

يتضمن مفهوم التقويم عملية إصدار حكم على التحسين أو التعديل أو التطوير الذي تم على الطفل بعد تطبيق البرنامج.

فالتقويم هو الذي يرشدنا ويقودنا إلى تعيين مدى ما وصل إليه توجيه التعليم والتعلم في استخدام نشاطات البرنامج المقترح نحو تحقيق أهدافه.

والتقويم المستخدم في البرنامج التدريبي تقوم به المدربة والطفل ومجموعة من الأطفال في جوٍ تخيم عليه روح المشاركة والاستحسان.

- الوسائل المستخدمة في عملية التقويم:

يتم عرض مجموعة من صور الحيوانات وعن طريق استخدام الكاسيت يسمع الطفل الصوت ويحدد أي الحيوانات يصدر هذا الصوت.

برنامج علاجي
لتنمية الانتباه لدى مجموعة من الأطفال
ذوي النشاط الزائد

الفئة المستخدمة في البرنامج:

مجموعة من الأطفال ذوي النشاط الزائد من أطفال الروضة.

المفاهيم الأساسية في البرنامج:

الانتباه:

هو قدرة الفرد على التركيز في مثير واحد سواء كان مثير داخلي أو خارجي.

* **برنامج علاجي:**

هو البرنامج المخطط المنظم الذي يستند على مبادئ وفنيات ونظريات علاجية متعددة، ويتضمن مجموعة من الأنشطة والألعاب والممارسات اليومية، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل بهدف تنمية المهارات المختلفة عنده.

الأدوات والوسائل المستخدمة:

مشابك ملونة– أطباق ملونة.

شرح النشاط:

- نضع أمام الطفل طبق كبير على حافته مجموعة من المشابك الملونة.
- نطلب من الطفل نزع المشابك ونقلها إلى طبق آخر.
- نطلب من الطفل بعد ذلك تصنيف المشابك حسب اللون.

* لعبة التكنيك:

الهدف منها:

- تقوية التآزر الحركي بصري.
- تنمية مهارة الانتباه لدى الطفل.

الزمن: ١٥ دقيقة.

الأدوات والوسائل المستخدمة:

ورق مقوى- سلك مرن.

شرح النشاط:

- نضع أمام الطفل ورقة مخرمة وبداخل الخرام سلك مرن.
- نعطي الطفل ورقة مخرمة ونطلب من الطفل أن يدخل السلك في الخرام.

* لعبة الاستيكرات:

الهدف منها:

- تنمية العضلات الدقيقة لدى الطفل.
- تنمية مهارة الانتباه لدى الطفل.
- تنمية مهارة التصنيف لدى الطفل.

الزمن: ١٥ دقيقة.

الأدوات والوسائل المستخدمة:

فوتوهول- استيكرات ملونة.

شرح النشاط:

- تقسيم الصفحة إلى مجموعة مربعات.

- نطلب من الطفل أن يلصق استيكرز في المربعات بالترتيب.
- في الأول نعطيه الاستيكر ونطلب منه أن يضعه في المربعات.
- ثم بعد ذلك نجعله هو يخرج الاستيكر بنفسه لتنمية العضلات الدقيقة.
- نطلب من الطفل تصنيف الاستيكرات في المربعات حسب اللون.

تقييم البرنامج:

بطاقة ملاحظة لسلوكيات الطفل التوحدي أسبوعياً.

برنامج تدريبي للأطفال ذوي النشاط الزائد
لتنمية مهارات التواصل الاجتماعي

مقدمة:

في أغلب المدارس والروضات نجد بين وقت وآخر الصفوف الدراسية المختلفة أن هناك بين الأطفال من لا يستطيع أن يسمع جملة واحدة كاملة إلا إذا خوطب بصوت مرتفع غير مألوف، وكثيراً ما يمكث هؤلاء الأطفال في الفصول العادية لا يفعلون شيئاً يذكر، ولا يلتفتون إلى ما يقال، يقضون أوقاتهم في الرسم أحياناً، ويعلل ذلك المدرس بأنهم مثل هؤلاء الأطفال من طبقة ذوي الذكاء المنخفض أو من الأغبياء الذين يتعذر عليهم متابعة الدروس والأنشطة.

هؤلاء الأطفال من فئة النشاط الزائد الذين تؤدي الحركة الزائدة لديهم إلى عدم قدرتهم على الانتباه إلى المثير المعروض فيما يجعلهم غير قادرين على مسايرة العملية التعليمية كباقي زملائهم.

اسم البرنامج:

برنامج تدريبي للأطفال ذوي النشاط الزائد.

التدخل المبكر:

يتضمن التدخل المبكر خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال من دون السادسة من عمرهم الذين يعانون من تأخر للغوي.

الخدمات الطبية:

قد يحتاج طفل النشاط الزائد إلى تدخل طبي لتقديم العلاج المناسب من الأدوية التي تساعد على الخفض من حدة النشاط الزائد لديه.

الخدمات التعليمية:

وهي متاحة من خلال المدارس المخصصة لتقديم الخدمات التعليمية لمن يعانون من النشاط الزائد خلال برامج الدمج.

الخدمات الاجتماعية:

وهي متوفرة في كل القطاعات التي تقدم الخدمات لهذه الفئة من خلال أقسام الخدمات الاجتماعية ومن خلال وزارة الشئون الاجتماعية والتربية والتعليم.

الفئة العمرية المقدمة لها:

مرحلة ما قبل المدرسة من (٤-٦) سنوات.

وسوف نقدم ايضا للاباء بعض من الالعاب التي يمكن ان تستخدم مع الابناء لمساعدتهم علي التخلص من النشاء الزائد:

اليكم بعض الألعاب التي تساعد الأطفال على تفريغ النشاط الزائد داخل المنزل. أستغل غرفة فارغة أو مساحة معقولة في أي مكان في المنزل مع مراعاة عوامل الأمن والسلامة :

- أرسم مستقيم على الأرض بواسطة لزق (شريط لاصق) بلون يشد انتباه الطفل ثم دعه يمشي على الخط بمساعدتك له ثم أتركة يعمل هذا بمفرده.
- أرسم مربع على الأرض وجعله يمشي علية ليتعلم تغيير الاتجاه كن معه في أول مره ثم أجعل الطفل يعمل بمفردة
- ضع حلقة على الجدار أو ارسم دائرة احضر كرة أسفنجية ثم ارمي الكرة في وسط الدائرة عدة مرات ليراك ثم دعة يعمل هذا بمفردة.

- أجلس معه علي الأرض وخذ وضع الجلوس على أربع ثم المشي أي (وضع الحبي عند الأطفال) فتره يمشي معك ويقلدك.
- أجلب إليه لعبة البولنغ ثم أعمل له نموذج كيف يصوب ثم ضع الكرة في يده ليفعل هو ابدأ بمسافة نصف متر ثم زد المسافة.
- أخذ كرة أسفنجية متوسطة الحجم أو صغيرة ثم ارميها إليه قد لا يمسكها في المرة الأولى والثاني والثالثة إلى الثامنة أو كثر أو اقل المهم انك لا تيئس بعد ذالك يلقف الكرة ثم يرميها إليك.
- أرسم مرمى على الجدار بواسطة شريط لاصق قائمتين وعارضة ضع الكرة علي الأرض ثم اركل الكرة في وسط المرمي ليراك ثم ضع الكرة إمامة ليفعل هو .
- ضع كور ملونه منتشرة علي الأرض وسلة يجمع الكرات فيها ثم قم بجمع الكرات معه ثم ضع الكرات في السلة ليقوم بجمعها بمفرده.
- ضع كرات ملونه على الأرض وسله أمامه قم برمي الكرة في السلة من مسافة نصف متر ثم ضع الكرة في يده ليفعل هو ثم زد المسافة قليلاً في كل مره أذا أجاد التصويب.
- ضع الطفل على رمل نظيف أو على شاطئ البحر وضع أمامه العاب الرمل والعب معه في بداية الأمر ثم دعه وشاهد ابتكاراته وابدعاتة فترى الابتسامة على وجه، كلما أشغلته بأشياء يعملها بيديه يفرغ الطاقة الكامنة داخلة ولا تجبره على شيء وأتركه يعبر عن مافي نفسه

وهناك أيضاً مجموعةألعاب المختارة لتنمية التآزرالحركي والبصري والتي تقلل النشاطا الزائد:

- ألعاب الكرة وتشمل : دحرجة الكرة، مسك الكرة باليدين ، دفع الكرة، لقف الكرة ، قذف الكرة ، ركل الكرة .

- الألعاب الجماعية وتشمل: كرة القدم ،كرة اليد ،كرة السلة ، انــــرة الطائرة ،الهوكي.
- الألعاب الفردية وتشمل : الــسباحة ،ألعـــاب القـــوى ، مهـــارات الجمباز البسيطة ،الكاراتيه والتايكوندو، والبولينج .
- أنشطة الجولات الحرة ، والكشافة، والرحلات والمعسكرات .
- تجميع الصور والأشكال الورقية أو أجزاء الصور.
- تجميع الصور والأشكال الخشبية .
- اللعب بالدمى الورقية والخشبية والقماشية .
- ألعاب التصويب علىأهداف محددة .
- ألعاب الأطواق ، الأعلام ، الشرائط الملونة ، الحبال ، العــصي ، الزجاجات الخشبية،الأقماع ، كرات طبية ، كرات بديلة من خـــلال المشي ، والجري ، والوثب .
- المقاعد السويدية : ألعابالمشي ،والتوازن ، ولقف الكرات .
- ألعاب حمل الأشياء على الرأسوالمشي .
- ألعاب القفز ،والمطاردة .
- ألعاب المرور أسفل الحواجز .
- ألعاب صعود ونزول الدرج .
- ألعاب المشي ، والجري ،والقفز في جميع الاتجاهات .
- ألعاب التسلق ،والموانع .
- ألعاب الأشكال الهندسية .
- ألعاب الأحرف الهجائية والأعداد الحسابية .
- ألعا بالمتاهات .

نماذج لألعاب صغيرة :

- لعبة اكتشاف الشيء المختفي أوالمضاف: حذف أو إضافة لعبة من مجموعة ألعاب.
- لعبة القفز على ظلال زميل : القفز على ظل الزميل أثناء التحرك في الملعب.
- لعبة تجميع الكرات الملونة في صندوق : بعثرة الكرات الملونة ، وتجميعها كل على حدة.
- لعبة إشارة المرور: الجلوس و الوقوف والمشي باستخدام الأعلام الملونة.
- لعبة الجرس : محاولة لمس الزميل الممسك بالجرس من أقرانه معصوبي الأعين .
- لعبة سيد الحلبة : معرفة التلميذ المقلد لصوت أحد الحيوانات أثناء اللعب.
- لعبة عكس الإشارة : الجري فياتجاه عكس إشارة المعلم بعد سماع الصفارة.
- لعبة صراع الديكة :محاولة لمس ركبة الزميل .
- لعبة صيد الحمام : التصويب بالكرة على الزميل.
- لعبة الثعلب والذئب .
- لعبة العنكبوت والنملة .
- لعبة العصفور والقطة .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الألعاب والأنشطة الكبيرة (كرة القدم، كرة السلة ، كرة اليد ، الكرة الطائرة ....) تساعد الأطفال ذوى

صعوبات التعلم على اكتساب المهارات الاجتماعية والتعلم من خـــلال النمذجة من الأعضاء المشاركين معه في اللعب .

كما أن الألعاب الفردية (الكاراتيه – التايكوندو) من الألعـــاب التي تساعد على استنفاذ الجهد والنشاط الزائد لدى هــؤلاء الأطفـــال وذلك من خلال الانغماس والتركيز في اللعب ، كمـــا أنهـــا توضـــح الاتجاهات والقواعد في التفاعل مع الأفراد الآخرين المشتركين معه .

ويعد نشاط السباحة من الأنشطة المحببة لهذه الفئات حيث أنهـــا تعمل على الانغماس الكلى في النشاط من خلال اللعب داخل الوســط المائي، بالإضافة إلى أن المجهود المبذول في مزاولة هذاالنشاط يساعد على التخلص من الحركات الزائدة والحركات العشوائية ، واســتهلاك الطاقة الموجودة لديهم في نشاط محبب ومرح إلى نفوسهم .

كما يجب الانتباه الى الاتي :

١. التقليل السكريات والحلويات والكيك.
٢. البعد المشروبات الغازية ويفضل الانقطاع الكلي عنها.
٣. البعد عن المواد الغذائية الملونة والمحفوظة بعلب اي انهـــا لـــيس طازجه بل محفوظة بعلب معدنية .

مراجع الكتاب

أولا: المراجع العربية.

ثانيا: المراجع الأجنبية.

مراجع الكتاب

أولا: المراجع العربية:

١- ابتسام السطحية وخالد الفخراني (٢٠٠١): اضطراب الانتباه عند الأطفال (التشخيص والعلاج)، طنطا: دار الحضارة للطباعة والنشر والتوزيع.

٢- إحسان الصالح (٢٠٠٣): الطب النفسي والحياة، مقالات، مشكلات، فوائد، دمشق: دار الإشراق.

٣- أحمد الرفاعي غنيم ونصر محمود صبري (٢٠٠٠): التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام SPSS، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤- أحمد حسين الشافعي (٢٠٠٠): إطلالة على علم النفس الفسيولوجي، تقديم: رشدي فام منصور، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٥- أحمد عثمان صالح وعفاف محمد محمود (١٩٩٥) : بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال والمراهقين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد الحادي عشر.

٦- أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٧- أحمد عكاشة (٢٠٠٠): علم النفس الفسيولوجي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٨- أحمد فائق (٢٠٠٣): مدخل عام لعلم النفس، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٩- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٠): أسس علم النفس، ط٣، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٠-أشرف أحمد عبد القادر (١٩٩٣): دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بسلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد، مجلة كلية التربية ببنها، ص ص٧٨-١١٨.

١١-أشرف صبرة محمد علي (١٩٩٤): دراسة للنشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة أسيوط، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.

١٢-إلهامي عبد العزيز إمام، محمد عبد الرحمن حمودة (٢٠٠٠): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: مطبعة زمزم.

١٣-أماني السيد إبراهيم زويد (٢٠٠٢): أثر التعزيز على أداء بعض المهام القرائية والحسابية لذوي اضطرابات الانتباه من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه (غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٤-أمنية أبو صالح علي (٢٠٠٨): إصابة النصفين الكرويين للمخ وعلاقته بالإدراك والنشاط الزائد للأطفال من (٤-٦) سنوات، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.

١٥-أميرة طه بخش (١٩٩٧): فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد ٢١، الجزء الأول، ص ص٩٧-١٣٣.

١٦-إميلي ميخائيل (١٩٩٦): علم النفس التربوي، القاهرة: دار النهضة المصرية.

١٧-انشراح محمد دسوقي (١٩٩٩): الفروق بين طلاب الريف والحضر في إدراك المعاملة الوالدية وعلاقة ذلك ببعض خصائص الشخصية، مجلة علم النفس، القاهرة، ع١٧.

١٨-أنور محمد الشرقاوي (١٩٩٢): علم النفس المعرفي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٩-جمال الحامد (٢٠٠٣): نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، السعودية: جامعة الملك فيصل.

٢٠-جمال عطية خليل (٢٠٠٠): أثر استخدام مجموعة من الأساليب الإرشادية على تعديل بعض جوانب السلوك المشكل لدى الأطفال الصم في مرحلة التعليم الأساسي، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنصورة.

٢١-جمال منير الحوت (١٩٩٩): دليلك في المحافظة على صحة طفلك. القاهرة: عالم الكتب.

٢٢- جمعة السيد يوسف (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٢١-جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية الانفعالية، عمان: دار الفكر.

٢٤-جيهان أبو راشد العمران وأحمد عبادة (١٩٩٣): المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال مرحلة الرياض (٣-٦) سنوات في ضوء بعض متغيرات البيئة الأسرية بدولة البحرين، مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، العدد الأول، ص ص٣٧-١٠٨.

٢٥-حاتم الجعافرة (٢٠٠٨): الاضطرابات الحركية عند الأطفال، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

٢٦-حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠١): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة "الأسباب- التشخيص- العلاج"، القاهرة: دار الفكر العربي.

٢٧-حمد عبد الرحمن إبراهيم، والسيد محمد أبو هاشم (٢٠٠٢): النموذج البنائي لبعض الخصائص الشخصية والاجتماعية والمعرفية المرتبطة بإدراك المعلمين لاضطرابات الانتباه لدى تلاميذهم بالمرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (٤٠) يناير، ص ص٨٩-١٥٣.

٢٨-حمدي شاكر (١٩٩١) النشاط الحركي الزائد وعلاقته ببعض متغيرات توافق الشخصية لدى بعض تلاميذ الصفين الثاني والثالث من التعليم الأساسي، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، العدد (١٠)، الجزء(١)، ص ص٢٣٥-٢٥٦.

٢٩-خالد المنياوي (٢٠٠٥): دواء نشاط طفلك المفرط في نوعية غذائه، القاهرة: المركز القومي للبحوث التابع لوزارة البحث العلمي.

٣٠-خالد حمد آل علي (٢٠٠٥): التوجيه والإرشاد النفسي، جدة: الشارقة للخدمات الإنسانية.

٣١-دينيس تشيلد (٢٠٠٣): علم النفس والمعلم، ترجمة: عبد الحليم محمود السيد وزين العابدين درويش وحسين الدريني، مراجعة وتقديم: عبد العزيز حامد، هولت سوندرز ليمتد.

٣٢-الرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤): الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والمعايير التشخيصية، الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-IR، تعريب: محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٦)، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٣٣-رابية حكيم (٢٠٠٥): النشاط الزائد لدى الأطفال، السعودية، جدة: عيادة الطب النفسي.

٣٤-رشا ناجي محمد (٢٠٠٦): أثر التدريب على التحكم الإرادي في خفض اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد وعلى خفض مصاحباته، رسالة ماجستير، جامعة طنطا، كلية الآداب.

٣٥-رضا عبد الستار رجب (٢٠٠٢): فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، كلية التربية.

٣٦-رضا عبد الستار رجب عبده (٢٠٠٢): فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٣٧-سعيد يونس حسن (١٩٩٩): برنامج علاجي لترشيد النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل العمليات "دراسة حالة"، المؤتمر العلمي الرابع، كلية التربية، جامعة طنطا، الجزء٢، ص ص١-٢٧.

٣٨-سميرة أحمد إسماعيل (١٩٩٣): علم الاجتماع والتربية، القاهرة: دار الفكر العربي.

٣٩-سناء محمد سليمان (١٩٩١): أساليب المعاملة الوالدية المرتبطة بالتحصيل في علاقته بدافع الإنجاز والتحصيل الدراسي لدى شرائح اجتماعية وثقافية مختلفة من الجنسين بالمدارس الابتدائية، بحوث المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري وتحديات القرن ٢١، مجلد ١٣.

٤٠-السيد علي سيد أحمد (١٩٩٩): مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بازدياد النشاط الحركي لدى الأطفال، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٤١-السيد علي سيد أحمد (١٩٩٩): مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٤٢-السيد علي سيد أحمد وفائقة بدر (١٩٩٩): اضطراب الانتباه لدى الأطفال- أسبابه وتشخيصه وعلاجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٤٣-صبحي عبد الفتاح الكفوري (٢٠٠٠): فعالية برنــامج علاجــي سلوكي معرفي في خفض إدارة الــضغوط النفسية لدى عينة من طلاب كلية التربيــة، مجلة البحوث النفــسية والتربويــة، كليــة التربية، جامعة المنوفية، العدد السادس، ص ص ١٠٠-١٤٠.

٤٤-طارق محمد السيد النجار (٢٠٠٥): مدى فاعلية برنامج معرفــي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقــص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم، رسالة دكتوراه، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولــة، جامعــة عــين شمس.

٤٥-عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج المعرفي الــسلوكي أســس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.

٤٦-عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣): تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باســتخدام جــداول النــشاط المــصورة- دراسات تطبيقية، القاهرة: دار الرشاد.

٤٧-عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): العلاج النفسي السلوكي المعرفــي الحديث (أساليبه وميادين تطبيقه)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ط٢.

٤٨-عبد السلام أحمدي الشيخ (٢٠٠٢): علم النفس في مجال التعليم المدرسي، طنطا: دار المصطفى.

٤٩-عبد الله صالح عبد العزيز الرويتع (٢٠٠٢): اضطراب قــصور الانتباه والنشاط الزائــد، مجلــة الطفولــة والتنمية، المجلد (٢)، العدد (٦٢).

٥٠-عبد الوهاب كامل (١٩٩٩): مقدمة فـي الأسـس السـيكولوجية والنيورولوجية للسلوك الإنساني، ط٣، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٥١-عبد الوهاب كامل (٢٠٠٤): اتجاهات معاصرة في علم النفس، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٢-عفاف محمد محمود عجلان (٢٠٠٢): صعوبات التعلم الأكاديمية وعلاقتها بكل من اضطراب القصور في الانتباه- النشاط المفرط واضطراب السلوك لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، المجلد (١٨)، العدد (١)، يناير، ص ص٦٧-٩٢.

٥٣-علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٥) : دراسة مدي فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوي النشاط الزائد لدي الأطفال المعوقين عقلياً"، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٥٤-علا عبد الباقي قشطة (١٩٩٩): علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك، القاهرة: مكتبة الجرسي للطباعة.

٥٥-علا عبد الرحمن علي محمد (٢٠٠٠): أثر برامج الأطفال التليفزيونية على النمو اللغوي والمعرفي لأطفال ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

٥٦-علاء الدين كفافي (١٩٩٠): الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة هجر.

٥٧-علي ماهر خطاب (٢٠٠١): القياس والتقويم في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، ط٢، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، المكتبة الأكاديمية.

٥٨-علي محمود شعيب، والسيد محمد فرحات (٢٠٠٣): النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال-الأسباب والعلاج، ط١، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٥٩-فوزية أحمد عبيد السويدي (٢٠٠٥): المشكلات النفسية الشائعة بين أطفال الرياض في دولة الإمارات العربية المتحدة مع اقتراح الأساليب المناسبة لتعديل السلوك المشكل، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٦٠-مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦): اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، سلسلة الاضطرابات النفسية (٥)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٦١-محمد عبد التواب معوض (١٩٩٢): دراسة النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ التعليم الأساسي وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنيا.

٦٢-نبيه الغيرة (٢٠٠٣): المشكلات السلوكية عند الأطفال. ط٦، بيروت: المكتب الإسلامي.

٦٣-نسرين علي ماهر لاشين (٢٠٠٥): دراسة في بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى أخوة الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٦٤-هدى قناوي وحسن مصطفى (٢٠٠٠): علم نفس النمو، الجزء الثاني، القاهرة: دار قباء.

٦٥- ولاء عبد المنعم شفيق (٢٠٠٧): فاعلية فنية التعبير بالفن التشكيلي في خفض اضطرابات النشاط الزائد لدى الأطفال الصم بالمرحلة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية التربية.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

66- Allen, J.B. Harmon, E., Cavender, J.H. (2001): Manipulation of Forntal EEG Asgnmetry Through Bio Feedback Alters Self Emotional Responses and Facial EMG, J. of Psychophysiology, Vol.38, P.654.

67- Alverzo & Joan P. (2005): Predictors of Disorientation Among Brain Injury and Stroke Patients During Rehabilitation, Achieves of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol.(79), PP.718-730 .

6ی- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual or Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) Washington, DC., American Psychiatric Association.

69- Anastopoulos, A.D. (1999): Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder INSD, Child and Adolescent Psychological Disorders: A comprehensive Text Book, New York: Oxford University Press.

70- Anderson, C. Brad. J. (2002): Human Aggression, Annual Review of Psychology Vol.53 ,P.49.

71- Angello, L.M. Volpe, R.J. Diperna, J.C Gueasko, S.P.: NEbring, M. R., (2003): Assessment opf Attention Deficit Hyperactivity Disoders an Evaluation of Six Published Rating Scales School Psychology, Annual Review f Psychology, Vol.32, P241.

72- Angold, A. Costellom E. & Erkanl, A. (1999): Co- morbidity of ADHD J. Child Psychology Psychiatry, Vol.40, P.86.

73- Antrop, L. Roeyers, H. Oosterlean, J. & Vanost, Agreement Between Parent and Teacher Ratings of Disruptive Behavior Disorder in Children with Clinically Diagnosed ADHD, Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol.24, P.73.

74- Barkley, R.A, Grodzinsky , G ., & Dupaul, G.L.,(1992): Frontal Lope Functions Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity : A Review

and Research Repot , Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 20, No. (2).

75- - Barkley, R.A (1998) : Attention– Deficit / Hyperactivity Disorder: A Hand Book For Diagnosis and Treatment (2nd ed), New York : Guilford Press.

76- Barkely, R. A; Edwards, G. Laneri, M. Fletcher, K. & Metevia, L. (2001): Executive Functioning Lemporal Discounting and Sense of Time in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.29, P.241.

77- Barkely, R. A; Fletcher, K. Fischer, M. & Smallish, L. (2003): Does the Treatment of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder with Stimulants Contribute to Drug Use/Abuse? Journal of Abnormal Psychology, Vol. (23), P.112.

78- Barkely, R. A; M. Smallish, L. & Fletcher, K. (2002): Presistence of Attention Deficit/ Hyper-activity Into Adulthood as A Function of Reporting Source and Definition of Dis-order, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 111, P.172.

79- Barkely, R. N. (2003): Lssues in the Diagnoss of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in Child-ren. J. of Brain Development, Vol.(25), PP.76-83.

80- Barkely, R.A. (2000): Theries of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. INH. Handbook of Disruptive

Behavior Disorder, New York: Plenum, P.313.

81- Barkely, R.A. (2003): Issues in the Diagnosis of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children, Brain & Development Vol.25

82- Barlow, J. & Brown, S. (2000): Behavior Problems and Group, Based Parent Education Programs, J. Dev Behav Pediatr, Vol.(21), P.380.

83- Barnett, S.R. & Labellarte, M.J. (2002): Practical Assess-ment and Treatment of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, J. of Adolescent Psychiatry, Vol.(26), P.183.

84- Barriaga, A. Q Doran, J.W. Newell, S.B. Morrison, E.M. Barbetli, V. & Robbing B.D. (2002): Relationship Between Problem and Academic Achievement in Adolescent: The Unique Role of Attention Problems, Journal of Emotional- Behavioral Dis-orders, Vol.(10), P.248.

85- Barriaga, AQ, Doran, J.W. Newell, S.B. Morrison, E.M. Barbetti, V. & Robbings, B.D. (2002): Relationship Between Problem Behavior and Academic Achievement in Adole-scent: The Unique Role of Attention Pro-blems. Journal of Emotional- Behavioral Disorders, Vol. (10), P.236.

86- CHAAD (2003): Medical Management of Children and Adult with AD/HD, Spring. www. CHADD.

87- Connor Pamela (2000): Motivation to Learn: Perception of Kindergarten Students, Journal of Educational Psychology, Vol.(62), P.95.

88- Donald A. Robin; Daniel Trenel & Henn Damasio (2000): Auditory Perception of Temporal and Spectral Cerbral Lesion, Journal of Brain and Language, N. (39), PP.539-555.

89- Donald A. Robin; Jeferry Max & Scott Linggren (1999): Substained Attention in Children and Adolescents with Traumatic Brain Injury, Journal of Aphasiology, Vol.(13), No.(9), PP.701-708.

90- Ducan Babbage; Janet Leathern & John Podd (2004): Neuropsychological Assessment of Individuals in Addition to Traumatic Brain, Injuries, Journal of Chlinical Neuropsychological,, July, Vol.(18), No.(3), PP.433-448.

91- E.G. Barkley (1998); Goldman, Genel Bazman, Slantex (1998); Kewley (1998); Swanson, Sergeant, Taylor, Sonuga- Barke, Jensen, and Cantwell, (1998).

92- Eileen Bailley (2003): ADD with Out Hyperactivity There are Major Difference Between ADD and ADJD, Ball State University.

93- Ellison M. (2004): The Effect of Non- Verbal Redirection on Out of Seat Behavior in a Subject Diagnosed as ADHD and MR. Dissertation Abstracts International, Vol. (42), No.(3), P.732.

94- Faraone, S.V.; Bicdeman, D. & Manuteaux, M.C. (2001): ADHD with bipolar Disorder in Girls. Further Evidence for a Familial Subtype, Journal of Effective Disorder, Vol.(64), PP.19-26.

95- Goldstein, Sam, & Goldstein, M. (1998) : Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Guide for Practitioners , 2nd Edition , New York: John Wiley Inter Science Press.

96- Hayes, N. & Stratton, P. (2003). A Student's Dictionary of Psychology. 4th ed., London: Arnold Publishers

97- Joanne O'connell; Kathleen Casale (2004): Attention Deficits and Hearing Loss: Meeting the Challenge, the Volta Review, Vol.(104), No.(4), PP.257-571.

98- Judith Kuster (2003): Deafness and ADAD, JSlhr in Brief Journal, Oct., 2003, P.17.

99- K. Deben; De Varenele; Van De Heyning (2003): Epidemiology of Hearing Impairment at Three Flemish in Statutes for Deaf and Speech Defective Children, International Journal of Pediatric Otorhinolary No-gology, Vol.(67), PP.969-975.

100- Kaufiman, K. (2004): Parental Satisfaction with Evaluation for Hyperactivity Disorder, Dissertation Abstracts International, Vol.(64), No.(7), P.3528.

101- Keown & Louise & June (2001): Parent- Child Relationship Functioning and Preschool Hyperactivity. D.A.I., Vol.(62), No.(3), P.1617.

102- Kids Healths (2003): What is ADHD, The Nemours Foundation. www.kidshealth.org.

103- Kim L., Tillery; Jack, Katz, Keller (2000): Effects of Methyl Lphendidate (Ritalin) on Auditory Performance in Children with Attention and Auditory Processing Disorders, Journal of Speech, Language and Hearing, Vol.(43), PP.89-90.

104- Leland Stone; Brent Beutter & Jean Lorenceau (2000): Visual Motion Integration for Perception and Pursuit, Journal of Child Psychology, Mar, Vol.(29), No.(7), PP.771-787.

105- Lindsey Tanner, A.P. (2003): Children's Stimulant Prescription Vary, Associated Press, Feb., No.(3).

106- Mercoglianco , Chris (1998) : Rid A-Him or : Why are So Many Boys Given Drugs in School?, The Journal of Alternative Education, Vol. 15, No.(3- 4) .

107- Paul Roodin (2000): Developmental Psychology, New York, Van Nostrand Company.

108- Peter & Jensen (2002): ADHD a Public Health Perspective Conference, Epidemiologic Research on ADHD, What we Know and What we Need to Learn.

109- Peter Hill (2005): Many Parents of Children with Hyperac-tive Disorder, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.(29), No.(2), PP. 205- 223.

110- Rachel, G. Klein (2002): Are we Over Diagnosing ADHD in Our Kids? New York: Child Study Center.

111- Robin F. Goodman & Anita Gurian (2002): About Attention Deficit Hyperactivity Disorders Copy Right, New York: University Child Study Center.

112- Sander Sudhock; Astrid M.L. Kappers & Albert Postma (2004): Effects of Hand Orientation and Delay on the Verbal Judgment of Haptically Perceived Oct., Vol.(34), No. (6), PP.741-755.

113- Soleil Gregg (2003): Understanding and Identifying Children with Hyperactive, First Steep to Effective Intervention, www.idonline.

114- Theriault, Stephen W.; Holmberg, Diane (2001): Impu-lsive, But Volant & are components of the Attention Deficit- Hyperactivity Syndrome Associated with Aggression in Relationships? Violence Against Women, Dec., 2001, Vol.7(12), PP.1464-1489.

115- Treuting, J. & Hiunshaw, S. (2001): Depression and Self-Esteem in Boys with Hyperactivity Disorder: Associations with Comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanism. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.(29), No.(1), PP.23-32.

116- Tucker, B.F. & B.F. & Colson, S.E. (2003): Traumatic Brain Injury: An Overview of School Reentry. Intervention in School and Clinic, Vol.(27), No.(4), PP.198-206.

117- Willcut, E.; Pennington, B. & Defries, J. (2000): Etiology of Intention and Hyperactivity Impulsivity Community Samples of Twins with Learning Difficulties. Journal of Ab-normal Child Psychology, Vol.(28), No. (2), PP.149-159.

118- Wilson, J.I. & Lang, D. (2003): Brain Injury in Children, Journal of Neurology, Vol.(57), No.(4), PP.198-201.

119- Wright Nancy (2003): Four Year Old's Perception of Their Experiences in High and Low Quality Child Care (Preschool Children Day Care), Psychology Developmental, Vol. (58), PP. 200-207.

الفهــرس

الفصل السابع

برامج علاجية للنشاط الزائد ٢٤١

رقم الإيداع	٢٠١٣/١٠٣٩١
الترقيم الدولى	I.S.B.N
978-977-729-018-0	



ISBN: 978-977-729-018-0
9 789777 290180

دار الجامعة الجديدة
٣٨-٤٠ ش سوتير - الازاريطة - الاسكندرية
تليفون: ٤٨٦٣٦٢٩ - فاكس: ٤٨٥١١٤٣ - تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩
Email.darelgamaaelgadida@hotmail.com
www.darggalex.com info@darggalex.com